

PATOLOGIA

DEL CUORE E DELL'AORTA

PER

GUIDO BACCELLI

PROFESSORE DI CLINICA MEDICA IN ROMA

MALATTIE PER LESA VITALITÀ

Vol. I.

ROMA - 1864

DALLO STABILIMENTO TIPOGRAFICO

Via del Corso, 387

PATOLOGIA

DEL CUORE E DELL'AORTA

PEL

PROF.[r] GUIDO BACCELLI

MALATTIE PER LESA VITALITÀ

VOL. I.

ROMA - 1865
DALLO STABILIMENTO TIPOGRAFICO
Via del Corso, 387

AL

CAV.^R BENEDETTO VIALE

ARCHIATRO

PROFESSORE DI CLINICA EMERITO

MEMBRO DEL COLLEGIO MEDICO-CHIRURGICO

PRIMARIO

NELL' OSPEDALE DI S. GIACOMO IN AUGUSTA

DIRETTORE DEL MANICOMIO DI ROMA

EC. EC. EC.

IL PROFESSOR GUIDO BACCELLI

DISCEPOLO GRATISSIMO

INTITOLA

IL PRESENTE VOLUME

PROEMIO



> Le difficoltà della diagnosi speciale (delle malattie cardiache) sono ancora infinitamente più grandi di quello che molti potrebbero essere indotti a credere.
> STOKES

Offre il cuore a'consideranti una obbiettiva molteplice. Quale una macchina meccanico-idraulica, la cui prima azione segna lo esordio della vita, ed il cui ultimo momovimento, la morte; è tipo vitale di moto necessariamente perenne. Da cotesta perennità funzionale trae, infermando, argomenti di aggravio, e si disvantaggia al paragone di tutti que' visceri cui pure è concesso assolutamente o relativamente un riposo.

Quale organo muscolo partecipa a tutte quelle speciali affezioni che subiscono di preferenza i tessuti carnosi: cotalchè, il principio reumatico, il podagroso con ogni modo ed ogni conseguenza loro possono travagliarlo. Soggetto pure a gravi traviamenti di nutrizione, come per eccesso così per difetto dello elemento istologico muscolare, presenta spesso o cagione od effetto d'infralimenti, e la trasmodanza dell'adipe, e la cardio-piosi.

Qual centro del grande apparecchio circolatorio risente alle condizioni anormali del sangue e dei vasi che vi fanno capo o che da lui si francheggiano. Così, dal concitato movimento sanguigno alla emite, dalla pletora all' anemia ed alla cacoemia, tutte le differenti alterazioni ematiche, chimiche e vitali e complesse, vi si adoperano sopra efficacemente, e vi si palesano colle più evidenti manifestazioni patologiche. Dalle arteritidi, poi, dalle flebitidi, dalle svariate affezioni irritative o spasmodiche invadenti lo intero sistema, dagli esiti infiammatorî o per atresia, o per rottura di tonache, o per coaguli o polipi, o per estranei depositi gipsosi ateromatosi calcarei, o per istenosie di condotti, o per placche fibroidi, cartilaginiformi osteoidi; per tutto insomma che osteggi il meccanismo del circolo, la capacità dei canali, la norma dinamico-organica, può essere avversato il cuore.

Qual centro del piccolo circolo, quante sono mai le affezioni del polmone tutte valgono a recargli onte e disagi.

Qual viscere composto di varî tessuti e sistemi, liste membranacee, espansioni fibro-tendinee, fasci muscolari, tessuti congiuntivi, propagini nervee, tralci arteriosi venosi linfatici, esso può incontrare ad una ad una e molte, in complesso, delle singole infermità cui ciascuno de'suoi fattori andrebbe individualmente soggetto.

Se Ippocrate, Platone, Galeno e con essi gli Stoici ed i Peripatetici collocarono nel cuore la sede dell' anima irascibile, e lo dissero l'organo dell'onore e della vendetta, se non mancò chi gli assegnava il principato dell'anima; lasciando noi sulla culla della scienza codeste idee soverchiamente esclusive, non cesseremo di ritener il cuore

siccome un' eco potente delle passioni umane. Quindi assai di leggieri n'è dato comprendere com'esso subisca od aumenti di forza e di rapidità, o si sleni, o fuorvii svariatamente dall' ordine delle sue movenze. Lo che ci fa chiaro l'analisi anatomica delle sue nervose suppellettili epperò l'azione diretta de' gangli, e quella diretta e riflessa dell' asse cerebro-spinale.

Allacciato al bulbo rachidiano pel nervo pneumogastrico, pel gransimpatico alla midolla, si sconforta non solo per fatto psichico, ma pure per sofferenze fisiche di quegli apparecchi che si parrebbero a tutte prime avere con esso assai minori attenenze. Si ha, ad esempio, disordine nel cuore per isteriasi, per ipocondriasi, per affezioni elmintiche, litiache e per altre molte irritazioni remote.

Quale organo vivo incontra le aberrazioni della sua vitalità. Il cuore infiammato può presentarci, fino dalla origine anatomica, diversa la ragione flogistica: o che questa proceda dalle vene a lui, o che surta nei penetrali si arresti sul velamento interno circoscritta o diffusa, uniforme o prevalente; o che mossa dallo endocardio si rifletta sulla pagina esocardiaca, o si avanzi per lo interno lume delle arterie; o che appiccatasi allo invoglio esteriore si rovesci all' interno; o che invadente i vasi stessi di nutrizione si profondi pel muscolo; o che divampata primitivamente sul muscolo si diffonda o si circoscriva dalla più limitata alla più complessa sembianza. In ognuna di codeste scaturigini o diffusioni, noi ritroviamo mai sempre le più luminose impronte del noto processo inflammatorio. Perciocchè il sistema vascolare minimo sia densato di sangue, sia sforzato nella sua trama, sia visibile là dove normalmente non suole. Indi miriadi di

punti sanguigni, di vasellini tortuosamente aggirantisi con dilatazioni fusiformi, ampollari, cilindriche. Poi lavori esoplastici dalla consistenza più tenue alla più tenace, dalla granulazione sparsa o listata all' aggregato uniforme, dal più chiaro difetto di organamento all' organamento più sicuro. E rotture de' vasi, ed emorragìe interstiziali, ed interstiziali infiltramenti di materiali flogistici, o stranamente avventizî pel capriccioso richiamo della flogosi. Da tutto questo: le aberrazioni profonde degli elementi istologici primitivi, le ipertrofie, le atrofie del muscolo; li assottigliamenti o addensamenti, le rugosità o le cascaggini delle membrane, ed ovunque nell' enchima i morbosi depositi, e le suppurazioni in tutti i gradi elaborate, in tutte le forme raccolte; ed infine, entro la custodia cardiaca gli stravenamenti discreti od enormi di sieri, di sangue, di pus, di pseudo-plasmi, ed a questi talvolta congiunta una copia di gas od ivi generatisi od altronde erompenti a dilatare viemmaggiormente gl' invogli del cuore.

Tanta e sì grave congerie di fatti morbosi quasi interamente sfuggiva alle mediche ricerche di tanti sommi che vissero i primi secoli della Medicina; che anzi dobbiamo traversarli, giungere sino al passato secolo per salutare Lancisi, Senac e Morgagni che furon primi a stenebrare siffatto argomento nelle splendide opere che pubblicarono. Se non che da essi a noi venne sempre più ad illustrarsi col tempo siffatta dottrina, ed a segno, da renderne facile non solo la complessiva ma pure la differenziale diagnosi nelle odierne scuole. Però se tanto si debbe alla luce che raggiò sull' argomento l' Anatomia patologica, non possiamo tacere che molto pure si ottenesse da clinici studî per lo innanzi intrapresi. Così: se tornerà la illu-

strazione de'cadaveri in largo profitto a'Medici tutti, ed in gloria non peritura a'recentissimi cultori che la spinsero tant'oltre con istudio infaticato e vi fondarono, premessa la squisita indagine fenomenale sugli infermi, le basi diagnostiche; non minor gloria a Testa, a Corvisart, a Kreysig, nè minor vantaggio alle passate scuole addussero gli studî razionali che se per molti collettivamente, molto più per opera singolare di quell' Insigne nostro Italiano sul nascere di questo secolo toccarono all'apogeo.

Non si potrebbe studiare oggidì con profitto le malattie flogistiche del cuore senza conoscere anche i sottili studî di Notomia micrografica. Da essi veggiamo p. e. che quando colle macerazioni, così tanto caldeggiate da Lancisi, fu raggiunto lo schema muscolare cardiaco, non erasi fatto peranche l'ultimo passo. I muscoli paralizzati, integri in apparenza, presentarono smesse le strie trasversali de' fascetti e delle fibrille. La isto-patologia ci ammaestra pure sulla diversa qualità de' nuovi prodotti, cui in mezzo agli elementi normali del tessuto cardiaco abbia dato vita un processo d'infiammazione. I giudizi di Patologia si fondano adunque anche sulla sottile cognizione anatomica.

In seguito è necessaria al pratico la esatta contezza della funzione circolatoria: di che tenemmo già lungo ragionare ne'Prolegomeni. E poi che la dimostrammo ad evidenza, ci fu di compiacimento anzichè di sconforto il parere del Fracastoro che disse: così difficile a spiegarsi il polso cardiaco, da credere che a Dio solo fosse cognito.

Tutti sanno che il cuore nel suo funzionamento legasi per nesso indefettibile agli organi del respiro. Noi senza approfondir il fenomeno, ci limiteremo ad accen-

nare il numero delle battute cardiache, ed il rapporto loro cogli atti respiratori. E difatti nel bambino si calcolano a 140 per minuto primo le battute del cuore, e a 35 i respiri; nell'adulto a 70 quelle, e a 15 o 18 questi; cosicchè generalmente possiamo asserire essere il respiro al circolo come 1: 4. Da ciò s'intende benissimo come abbia vita la serie de'fenomeni correlativi tra il metro cardiaco e le differenze respiratorie; e di quale alto valore si conforti cotesta analisi negli avvenimenti morbosi, di cui terremo parola.

Oltre ciò debbono ancora tenersi presentissime le relazioni di circolo degli atrî cardiaci. Imperocchè della trina origine onde muovono le alterazioni del cuore, qualsivoglia abbia luogo nelle destre cavità, essendo esse in attenenza immediata colla trafila polmonale, non potranno giammai dimostrarsi sul polso arterioso; laddove qualunque ne avvenga nelle cavità sinistre, si troveranno sù quello le manifestazioni proprie della singolar malattia. Così per converso, malato il cuor dritto, ed essendo esso il centro venoso, ne segue che sulle vene esterne, specialmente su quelle che gli sono più d'appresso, si avviseranno fenomeni inusitati nelle infermità del sinistro.

Nè meno del cuore debbe esserci noto il pericardio così nell'intima sua tessitura, come nella sua disposizione e negli officî. È questo un ricettacolo che custodisce il cuore e lo ravvolge, ripiegandosi sulla origine dei grossi vasi.

Fortemente connesso nello adulto all'aponeurosi centrale della volta del diaframma, occupa lo spazio ove le pagine del mediastino anteriore volgendo al setto trasverso si divaricano viemmaggiormente. Si rende cospicuo per le attenenze pleuriche, pei rapporti col timo e

per quelli che mediatamente lo annettono allo sterno ed ai prolungamenti cartilaginei della 4.ª 5.ª e 6.ª costa vera del lato manco, onde si allontana pel frapporvisi del sinistro polmone.

Fuvvi tra primi anatomici quistione sulla natura delle membrane delle quali risulta il pericardio. Vesalio non diede che cenni leggerissimi degl' involucri cardiaci. Lancisi credette lo esterno di tessitura muscolare, ed Esso parve in ciò non ripetere che le idee di Malpighi, però dilatandole, o come avvisa Senac, spingendole piuttosto tropp' oltre. Difatti, parlando Malpighi sù questo argomento disse; la esteriore tonaca venire al pericardio dal mediastino, e sù quella ch'ei nomina interna, sembrò a lui serpeggiassero fibre muscolari. Winslovio passò leggermente sù tal questione, e ragionando della tonaca media (la quale corrisponderebbe alla presunta muscolare del Lancisi) altro non disse se non se aver quella una tessitura assai densa. Wansvieten lo seguì nel parere, ripetendo quella membrana di natura tendinea. Senac moltiplicò gli strati membranacei del pericardio, sostenendo rinverrebbersi in quello e la membrana *comune* e la *cellulare* e la *vascolosa* e la *propria* e la *interna*. Però combattè la muscolare di Lancisi, e riassumendo tutte le sue idee si espresse felicemente così « Il pericardio dun« que non è altro che un sacco membranoso, la cui ester« na membrana consiste in un tessuto forte e fitto, e la « cui membrana interna è molto sottile e strettamente « congiunta a quella che la ricuopre, onde non possono « essere separate se non con pena. La superficie inter« na di codesta membrana è molto liscia, ed è sempre « coperta da una umidità che geme dalla tessitura del « pericardio. » Senac, Trattato della struttura del Cuore ec. lib. 1 cap. 1.

Sebbene questo valoroso scrittore avesse, raccogliendo i suoi studî, chiaramente descritta la doppia lamina onde si compone il pericardio, ciò nulla meno lasciò un vuoto sensibile nell'ometterne la definizione nominale.

Questo lavoro veniva compiuto dai moderni. Per essi, due lamine a comporre il pericardio: esterna l'una fibrosa, interna l'altra sierosa. Questa, che è la sede più ovvia de'processi inflammatorî, non altrimenti che tutte le membrane di eguale indole, si ripiega alla foggia di un sacco senz'apertura, ed estendesi molto più che non la fibrosa. Surta difatti dalla parte media ed inferiore della cavità pericardiaca, ne discorre allo innanzi e allo indietro la superficie fibrosa, ed investiti in alto i vasi maggiori, si raddoppia sù quelli da per tutto ad un pollice circa lunge dal cuore. Tocca l'aorta al di sotto della prima sua curva, l'arteria polmonale prima che si biforchi, le quattro vene di questo nome lungo il tragitto fuori del viscere, la cava inferiore come si avvisa entro il pericardio, e la superiore dodici linee circa avanti lo ingresso nel seno. Nel posto ove avviene ripieghisi cotesta membrana, si può facilmente osservare la doppia lamina pericardiaca per un sensibile spazio triangolare che vi si ritrova. La tonaca fibrosa nata dal centro frenico presenta la natura istessa della dura meninge, sendone però meno compatta. Essa ha immediate attenenze colle pleure per la sua maggiore distesa giovandosi di un tessuto adiposo connettivo, non eguale dapertutto. La interna faccia è coperta della zona sierosa siccome accennammo; ma dove questa ripiegasi, e quella prosiegue ancora a continuarsi sù i vasi.

Tutto insieme il pericardio ha forma di un ricettacolo quasi triangolare. Se ne scorgerebbe un lato dall'a-

pice cardiaco a'grossi vasi, un'altro dall'apice cardiaco alla Cava inferiore, il terzo dalla Cava inferiore alla superiore. Che sia disteso per acqua o per aria, ad istudiarne viemmeglio la configurazione, senza dimettere il tipo triangolare, acquista un perimetro piriforme, non molto simmetrico.

Gli studî micrografici non debbono quivi anche essere posti in non cale. La sierosa pericardiaca risulta degli elementi istessi del peritoneo, ed in genere di tutte le altre sierose. Di codesta però più specialmente diremo nel capitolo della Pericardite.

Il processo flogistico invadente il sacco membranoso, riesce ammirabile per rapidità, per gagliardia, per estensione, per esiti molteplici e singolari. Al pari della sierosa esterna terremo proposito della interna, quando ragioneremo della flogosi endocardiaca. L' officio delle due zone sierose non può essere ignoto neppure agli alunni di medicina. Il vapor tenuissimo che esala da esse, sta ad impedire quando gli attriti del muscolo muoventesi nel pericardio, quando quelli del sangue scorrente per gli atrî.

Così accennato brevemente della intimità anatomica, degli uffici, delle speciali osservazioni necessarie a farsi, prima di accingerci a descrivere le flogosi invadenti il sistema cardiaco, riterremo necessario di aggiungere, che noi non saremo di coloro i quali fanno lusso strepitoso d'istorie. Il materiale clinico degli esempî adoperato largamente da molti e molti scrittori, come quello che esige la massima fede sulla parola semplice degli asserenti, è oggimai per la più parte scaduto. Nell' altezza de'tempi in cui viviamo, i fatti, per essere valutati, più che del numero e dell'autorità de' riferenti, giovansi

del candore delle proprie forme, e di quella accurata descrizione medica, la quale conduce infallantemente a ritrovarli nella pratica.

Coll'animo sicuro di offrire ai Medici d'Italia un lavoro italiano, non saremo nè pedanti nè uggiosi del sapere altrui, ma ingenui nel confessarci eguali agli altri nella osservazione e nel giudizio, al modo che Iddio ci ha fatti. È troppo deplorabile che in simili argomenti, noi dimentichi affatto de' nostri Padri e suicidi dinanzi alla scienza oltramontana, ci abbandoniamo sempre ed in tutto ad essa come se la fosse per noi una derrata esotica, sicchè sbraitando un nome straniero non ci prende vergogna di mostrarci pomposi di una livrea scientifica, che indossatala su su ciecamente per gli omeri ci degrada. Torniamo una volta ancor noi sulle nostre forze: siamo pronti ad apprendere, ma non tardi ad insegnare, e disposti sempre a quel mutuo officio di società onde gli uomini di tutte nazioni si giovano a vicenda, mentre son certi di essere compensati domani del dono scientifico che recarono oggi.

Dopo tali premesse, ci faremo alla descrizione delle singole infermità flogistiche. Noi felici, se per conto delle nostre coscenziose fatiche verranno più nettamente formulati taluni punti diagnostici, e se, dimostrati esorbitanti i timori de'primi trattatisti, potremo dissentire dalla sconfortante epigrafe di Corvisart « Haeret lateri lethalis harundo » e ravvisare totalmente poetico anche nella nostra sfera ultrapositiva il noto dettato di Ovidio, che

« Afferat ipse licet sacras Epidaurus herbas
Sanabit nulla vulnera cordis ope. »

PERICARDITE



§ 1. Svolgendo la istoria Medica non troviamo fra gli scrittori delle prime età chi si mostrasse chiaramente informato delle malattie inflammatorie del cuore e degl'invogli. E sebbene con molta lode un nostro italiano, il Zecchinelli, si fosse proposto mettere in rilievo tutt'i passi d'Ippocrate riferibili alle malattie cardiache, parlando prima de'sintomi come vennero partitamente descritti dal Padre della Medicina, poi delle forme, non tacendo finalmente de'vaticinî e metodi curativi; pure del nostro speciale argomento non apparisce colà traccia sensibile. I passi stessi d'Ippocrate allegati nella tesi generica ebbero commentatori diversi. Difatti il « Cordis « dolor seniori crebro adveniens repentinam mortem « denunciat » posa sul Καρδιη; dal Foesio interpretato *oris ventriculi*, dall' Hollerio e dal Dureto, *Cordis*. Ma che che voglia ritenersi di tutto ciò, egli è certo che se dovesse valutarsi nosologicamente, non potrebbe venir apprezzato che quale una serie di cognizioni vaghe ed indeterminate. Kreysig difatti sostiene come pria di Galeno fossero tali infermità ritenute impossibili, e che Ga- Cenni storici

leno istesso molto lievemente parlasse de'Gladiatori morti a un tratto per deliquio da flogosi cardiaca. Così avvenne che quando nel XVI secolo fiorì Vesalio, e l'anatomia umana fu cresciuta di lunghi e profondi studî, videsi taluno (Rondelet) dar cenno in guisa di siffatto argomento, come se altri per lo innanzi non ne avesse favellato giammai.

Qualche progresso si fece nel secolo XVII e Bertoletti (1603) e Piscini (1609) ed Annibale Albertini (1618) ed altri diedero in luce scritti alquanto più valutabili intorno le morbosità del cuore. Succedettero però Morgagni e Mekel ed Hunter e P. Frank con Schmuck suo discepolo che arricchirono veramente la Scienza a questo riguardo.

Sullo speciale argomento della Pericardite, Kreysig parlò di Rondelet, di P. Salio Diverso, di Zacuto Lusitano, di Willis, di Marchetti, di Fabrizio Hildano, di Senac.

Oggi sui labbri di tutti risuonano i nomi di Corvisart, Laennec, Testa, Louis, Bertin, Bouillaud, Hope, Williams, Stokes ed altri non pochi famosi come coloro che illustrarono per questa parte la patologia umana. Di tanti studî non solo uscì col tempo compiuta la notizia delle flogosi pericardiache, ma si stabilì pure quella gradazione nella intensità degli attacchi, che s'ignorò o si tacque nelle prime descrizioni. Quindi il concetto luttuoso della morte, dipinto in ogn' infiammazione del cuore andò a disparire, e senza togliere un nonnulla alla gravezza reale di queste malattie, successe allo sconforto il senno medico che inaugurò la ricerca di mezzi idonei a vincerle.

Ma non tardossi però a riconoscere come taluna fiata

una flogosi pericardiaca sfuggisse inavvertita al Medico ed allo stesso infermo, avendone rilevato le traccie sopra cadaveri di uomini che erano passati di questa vita per tutt'altra infermità. Così fu che se il primitivo concetto invalso nel volgo medico di gravezza fenomenale non separabile mai dalla pericardite, produsse il danno che le pericarditi leggere rimanessero affatto disconosciute, il corollario anatomico-clinico che si ebbe dalla perlustrazione de'cadaveri avviò i Medici sù migliori ricerche. Videsi allora Corvisart applicare con frutto alla diagnosi in questione il sagace suo metodo climinativo, e avvivare fra le tenebre più dense dei fatti un raggio intellettuale. Questa dottrina ch'ebbe forza moltissima innanzi Collin, oggi pure non va posta in non cale.

Processo anatomico della Pericardite.

§ II. Come la flogosi pericardiaca offre allo anatomo-Patologo indefinita varietà di nozioni, così la forma clinica abilmente interpretata dalle odierne scuole apre a' Medici la preziosa notizia delle differenze. Osserviamone quindi pacatamente il nesso, prendendo le mosse dalla intimità del processo anatomico.

Allorquando le due pagine del pericardio vengono tocche di processo flogistico, offrono entrambe all'anatomo-patologo i seguenti caratteri dal principio agli esiti molteplici. La membrana sierosa quando si scalda rendesi dapprima secca e lucente pel cessato alito vaporoso che ne costituisce la normale funzione. I vasellini minutissimi, visibili appena od invisibili nelle condizioni di salute, cominciano piano piano a subire un ingorgo sanguigno, ed improntano colle arborizzazioni loro una sembianza novella al pericardio, che si direbbe iperemica o congestiva. La tensione vascolare non è sempre di egual entità: dal minimo al massimo grado offre variazioni in-

numerevoli; cosicchè dalla comparsa di più e più vasi che sono stipati di sangue, giungesi talvolta a tanta dovizia da presentare la immagine di un fino e sorprendente ricamo. Peraltro ancora può sussistere la regolarità de'tessuti vasali, ma se lo ingorgo sopraccresca, si vede giungere insino ad alterare la forma di quei canalini; ond'è che non rado incontrinsi dilatazioni sotto apparenze multiple, le cui principali riduconsi a tre tipi siccome notammo. Le arteriuzze, le venine, ed in genere i capillari distesi di un sangue purpureo appaiono spesso quà e là così conserti fra loro da presentare una macchia, nella quale, se avvertasi con precisione, si scorgono miriadi di punteggiature esilissime e ravvicinate fra loro. La macchia può anche intendersi vieppiù e vederla montare ad un color vellutato, e talvolta disuguale per qualche levatezza o grumo picciolissimo; ciò che attesterebbe la rottura di alcuno degli esili canali, e le interstiziali emorragie.

Mentre tali avvenimenti occorrono meglio spiegati intorno alla base cardiaca, e lunghessa l'anteriore superficie, incomincia il lavoro di separazione a lato dei vasellini descritti. Un essudato tenue pellucido và formando listerelle omogenee, le quali col tempo o rapprendonsi in areole granulari di maggior tenacità e minor trasparenza, o si foggiano a placche o strie, che nel farsi continue possono giungere insino a sopravvestire interamente il cuore, guadagnando al tatto un'asprezza notabile. Furono queste sembianze appunto che dettarono agli antichi anatomo-patologi le parole di, *cor hirsutum, hispidum, tomentosum,* e suscitarono forse anche la strana idea del cuore peloso. Taluna volta invece, questo amitto morboso è più molle, più rigonfio.

Talaltra i caratteri dello pseudoplasma sono eguali a quello di molteplici strati addossati, scanalati, sinuosi, irregolari, più o meno separabili gli uni dagli altri. Ma in tutti questi casi la Microscopia riconobbe elementi granulari o fibroidi, non che cellule epiteliali, e, quando a lungo tempo avea rimontato il getto plastico, vi si avvisarono infiltramenti sierosi, granulari, albuminoidi, fibrinosi, grassosi e misti.

È chiaro che quello abbiamo detto avvenire per un processo flogistico, tocca l' una e l' altra delle pagine sierose; ed è chiaro altresì che quando è investita specialmente la pagina cardiaca, può il muscolo stesso risentire i danni dello infiltramento.

Avviene che non rade volte i getti plastici siano soverchiati dalla quantità dei sieri dapprima limpidi poi turbolenti e di colore variabile, donde nascono i versamenti talora discreti, talaltra abbondantissimi. La quantità del fluido morboso può giungere alla enormezza e distendere in guisa il sacco pericardiaco da provocare una ottusità plessimetrica per quasi la intera superficie toracica sinistra, ond' è che talvolta se ne respinga il polmone assai stranamente. Nè da questa compressione và esente in parte il polmone diritto. È facile argomentare quali siano gli elementi che trovarono i Micrografi intermisti alle idropericardie. Nemmeno remotissimo è il caso in cui vi sia stato osservato in larga copia un vero pus. In questo però riteniamo per fermo che abbiavi formazione di una membrana piogenica, siccome necessario organo alla elaborazione purulenta dalle espansioni sierose. Osservasi difatti, che un' ordine di vasi nuovi investe e gira gli essudati già resi consistenti per elementi fibro-plastici, e stabiliti sopra una base reticolata,

cosicchè nulla manchi per un' organamento. E per verità; tutte le volte che ci scontrammo con una vera pericardite purulenta, fummo sempre in grado di costatare questo fatto palese. Accade pure che misto ai sieri vi si trovi del sangue ed eccone alla Idro-emo-pericardia, di cui quale possa essere il principio anatomico, accennammo già parlando de' vasi. Aggiungiamo quì solamente, che gli strati pseudo-plastici sono talora rivestiti di una membrana vascolare, come quella de' veri polipi; onde più abbondantemente che non possa avvenire per la rottura de'capillari ingorgati sulle pagine sierose, ha luogo il versamento sanguigno. Dopo queste premesse riescirà facilissimo lo spiegare le aderenze. Certo che queste si vedono iniziate assai più di leggieri dove la doppia pagina sierosa viene quasi a contatto, o dove meno scuotenti sieno i movimenti cardiaci: ed è là dappresso le connessioni normali che non è così libero il muscolo come sulla doppia superficie, sui margini e sull'apice. Quindi è che nei casi ove non si riscontri sulle pagine cardiache traccia di adesione, la si vegga intorno alla base formarsi per filamenti prima tenuissimi, poi cellulari, i quali possono avanzare per gradi fino a toccare una consistenza fibroide. E noi ricordiamo fra tanti altri lo esempio di una pericardite pseudo-plastica, ove una larga e tenacissima briglia connetteva l'apice del cuore all' estremo angolo interno del pericardio. Appariva questa di un color feccia di vino, listata di vasellini molteplici, ond' erano stati tinti i sieri in languido colore di sangue.

Le aderenze ponno essere generali o parziali, deboli o forti, filamentose o placcate, e talvolta costituite per modo da racchiudere una linfa plastica co'loro contorni, cosicchè sarebbe stato facile inferirne indi a non molto

l'atresia completa, ove prima non esisteva che un' aderenza cercinata o periferica. Sono anzi questi i casi, ne' quali a preferenza si mostrano i segni fisici per un esatto giudizio anatomo-diagnostico.

Incominciando da Corvisart tutti pressochè gli autori si fermano sulle placche biancastre e dense che incontransi spesso ne' pericardî, suscitando esse il quesito se abbiano a ritenersi mai sempre di origine inflammatoria. Bizot fornisce un dato statistico assai rilevante, dicendo com' egli in 156 cadaveri le abbia trovate per ben 45 volte. Le ha vedute spesseggiare nell' uomo anzichè nella donna, nella proporzione di 1: 3 più frequenti nella superficie anteriore del ventricolo dritto che altrove. Queste placche possono dipendere da una ipernutrizione semplice; di che si avrebbe la prova nello sperarle alla luce, allorquando vi si osservasse nna gradazione ed un centro di addensamento, e le si vedessero così innaturate nel tessuto da non poterle svellere per qualsivoglia artificio, non presentando al tatto scabrezza di sorta. I contrarî caratteri lascerebbero presumere piuttosto la genesi inflammatoria.

Possono col tempo gli essudati pericarditici così come i plenritici toccare all' ateroma, ed alle sembianze gessose e calcaree. In quei punti allora ove si trovano le placche anzidette, si veggono alterazioni istologiche del muscolo che nelle sue fibre resta investito da cristalli della stessa natura onde osservasi costituita la placca.

Sulle condizioni anatomo-patologiche del cuore conseguenti alla pericardite non sono d' accordo i più famosi scrittori d' Inghilterra. Hope crede alla ipertrofia consecutiva come ad una norma generale. Stokes par-



teggia per l'opposta sentenza. Ma Lebert colla sua lunga sperienza crede così definire la quistione, cioè: che ad aderenze generali tenga dietro la ipertrofia, a quelle parziali possa seguire anche l'atrofia.

Può finalmente svilupparsi aria nel pericardio. La più facile origine della quale, tiene a flogosi ulcerative; perchè quel fluido elastico vuoi dal polmone vuoi dallo stomaco si faccia strada al pericardio. Interessanti storie di tal fatta leggonsi nell' opera di Stokes, e veggonsi riportate dal Lebert. Sebbene infrequenti, pure debbono essere accuratamente studiate per la diagnosi della pericardite, tanto come istantaneo prodotto di processi ulcerosi collaterali, quanto come possibili effetti di speciali decomposizioni, subite da' fluidi estravasati in quella membranosa cavità.

Pericardite. § III. Una delle flogosi più micidiali è generalmente quella che investe il pericardio. Talora manifesta e rapidissima, essa perde uno infermo senza che l'arte valga a sottrarlo da una morte angosciosa: volge tal' altra a rilento e sotto ingannevoli forme non cessa di essere egualmente mortale. Quando però, circondata di fenomeni avvegnachè gravi, corre più regolare periodo, è allora che lascia speranza di salvezza. Niuno forse meglio di Corvisart ci ha descritto questa tremenda infermità colle sue forme più rilevanti.

La sierosa pericardiaca spiegata in due facce, parietale l'una viscerale l'altra, presentasi all'osservatore come la pleura, ed infiammasi così come quella. Indi prevale sù l' una o sull' altra delle pagine il processo flogistico, ma d'ordinario le investe amendue. A stabilire un rapporto di frequenza fra la pleuro-pneumonite e la pericardio-mio-cardite si vede questa occorrere assai più

di rado. Hannovi però degli esempi chiarissimi che la dimostrano.

Le forme anatomiche della pericardite ponno dirsi tre: *Pericardite secca, Pericardite umida, Pericardite mista.* Agevole è quindi lo stabilire anzi tratto, che siccome i fenomeni subiettivi presentansi in grado variabile in ragione della entità morbosa, i segni relativi così svolgonsi diversamente in ordine alla differenza anatomica della flogosi. Quale sia la condizione per cui si vegga spiccare più l'una che l'altra sembianza anatomo-patologica, non si è potuto ancora stabilire sù dati certi. Può ritenersi però, che quando la pericardite sia genuina, cioè a dire, non si complichi con organiche lesioni del centro circolatorio, quando il soggetto investito sia giovine robusto e proclive alle flogosi squisite, suole occorrere la forma secca; la umida quando per contrarie ragioni trovisi inchinevole la economia agli stravenamenti sierosi.

Il processo pericarditico allora che sia limitato, si addimostra sempre là dove la sierosa è nel suo raddoppiarsi o nello stabilire le sue propagini. Così le corna del pericardio, che involgono i grossi vasi soggiacciono a preferenza dell'apice e delle pagine del cuore. Questo fatto anatomico a me occorso spessissime volte è sanzionato pure dall'altrui sperienza; ed esso potrebbe destare dubbiezza circa il vero modo soddisfacente di spiegare quelle chiazze opache biancastre com' effetto univoco di Pericardite *parziale,* siccome vedemmo osservarsi frequentissime sulle pareti ventricolari.

Molti e gravi sono i fenomeni *subiettivi* della pericardite.

Forma morbosa subiettiva.

§ IV. *La febbre* che si arroga il primo posto non è sempre allo stesso grado d'intensità. Talora assume tutto lo svolgimento di una squisita inflammatoria, col calore levatissimo, la faccia animata, la sete urente, il polso celere duro e vibrato. Talaltra si vede equivoca, e quando la flogosi è delle più micidiali, non lascia avvertirsi: chè i polsi piccoli e tremoli, il calore abbassato, il sudore freddo, le frequenti e gravi lipotimie non ti pongono in diritto di stabilirla. La mancanza quindi di essa nella diagnosi certa della Pericardite acuta diffusa, è condizione sempre terribile. imperocchè tronca il necessario rapporto fra la condizione topica e lo intero organismo; non già che questo non entri in una sfera di gravissima morbosità, ma stremate le forze vitali da un processo distruggitore, non accendesi qual si converrebbe per alta flogosi e cade sopraffatta la intera economia senza potenza reattiva. Vero è che talvolta rimane dubbia la febbre, senza che sovrasti tanto danno agl'infermi. Cotali avvenimenti però che sono proprî di una indole subdola, di un processo lento, non occorrono di frequente ov' eccettui i lipemaniaci, ne' quali non è rara cotesta forma. Ed invero ripetute volte Esquirol ha segnalato tal fatto, sebbene non vedesse mancare nel delirio la forza del dolore, o di altra molestia, che allucinando lo infelice lo costringesse a querelarsi ed a riferire stranamente le gravi sofferenze locali alla presenza di aspidi dilaceranti il cuore.

Fuori di questi casi la febbre esiste ma più che il calore, il polso offre notevoli variazioni. Difatti negl'infermi di pericardite si osserva il polso incredibilmente variabile, ed alterato sempre. Quivi è a notarsi a prima fronte la necessità d'investigare ed il polso cardiaco

e quello della radiale. Il polso cardiaco talune fiate tumultua senza eguale riscontro sulle arterie eccentriche; talaltra volta ne riflette, tutto intero il disordine, anche sui vasi che cadono sotto la esplorazione usuale. Allora può scorgersi tanto l'una quanto l'altra diastole, frequente piccola, irregolare, intermittente, filiforme, saltellante ed estremamente celere in guisa che non riesca enumerarne sicuramente i moti. Questo quadro sfigmico non è sempre eguale nello attacco flogistico del pericardio. Percioechè si è osservata pure, come avvisammo, la grandezza e la durezza del polso, la maggior energia di frequenza, senza che venisse meno il ritmo o la norma delle successioni diastoliche.

Cotesta diversità sì segnalabile sembra doversi principalmente alla differente area anatomica della stessa membrana cui si apprese il processo flogistico. E per fermo, altro è se rimanga attaccato il solo pericardio parietale, altro è se quello solo viscerale, o se entrambi ad un tempo rimangano investiti. Dirò di più: diversamente accade se la infiammazione abbia colpito que'punti ove annidansi i gangli cardiaci, o se li abbia risparmiati. Ed invero in tutti quei casi in cui una flogosi migrante dalla pleura sinistra al pericardio ebbe aggredito il sacco dallo esterno allo interno, costituendo così una pericardite enchimatosa per illisione o diffusione inflammatoria, ricordo aver presentato gl'infermi il polso loro notabile per impeto e regolarità fino a tanto però che la pagina sierosa involgente il viscere ne fu incolume: ciò che val quanto asserire; ne'casi di pericardite parietale quasi genuina presentarsi allora sul polso gagliardia e vivacità insolite, e non irregolarità.

Ma la irregolarità sopraggiunge pure in una alle no-

te adinamiche tutte quando lo infermo sia prostrato dalla gagliardia dell'attacco e dalla sua diffusione anche estracardiaca. Prova n'è il polso di questa natura che interviene talora nella pleuritide, nella pneumonite e nella bronchite specialmente de' vecchi. Il quale fatto peraltro ci verrebbe conto dalla storia diagnostica della malattia fedelmente ritratta con tutt'i soccorsi dell'arte. E si verifica in singolar modo sù quelle infiammazioni che diffondonsi rapidissimamente, restando con traccie anche lievi sui punti trascorsi: che pure non sempre sono attutiti per lo avanzar di grado del processo sospinto dalla natura sua invaditrice. Tutt'i pratici debbono avere sperienza di simili avvenimenti. Che che sia di tutto questo, le notate differenze del polso gioveranno alla diagnosi differenziale nel primo scatto morboso; e tanto per vero dire la giovano, che noi possiamo con sicurezza dal subitaneo mutamento di esso portar giudizio della zona novellamente invasa, quando per lo innanzi ci fu chiara dagli altri criterî diagnostici la infiammazione nata sul pericardio. Nè queste tornano a sottigliezze infruttuose, ma sibbene ad argomenti valutabilissimi e pel pronostico ed anche pel metodo curativo, siccome accenneremo. Per la qual çosa può stabilirsi di certo che « intervenuto da un istante all'altro un profondo mutamento nella natura del polso sullo esordire di una Pericardite ben diagnosticata, e ridottosi a un tratto agli estremi gradi di forza, di ordine, di frequenza, senza le prove sicurissime di una idropericardia, lumeggi esso solo la diffusione o la prevalenza della Esocardite sulla Pericardite ». E questo asserto non l'ho fatto sulla parola. Imperciocchè delle 50 istorie da me raccolte di Pericardite con esito infausto, tentata alcuna osservazione statistica

a questo riguardo, mi venne concluso; che la flogosi *parietale* o prevalente sulla pagina del pericardio membranoso non altera gran fatto il circolo: per converso la *viscerale*. La viscerale poco diffusa lo altera sicuramente se il processo flogistico ebbe spiegato il suo maggiore potere sulla base anatomica del cuore e sul fascio de'vasi specialmente a sinistra nelle adiacenze del seno delle vene polmonari e del bulbo aortico; di che agli accurati anatomici splenderà facile la ragione.

Nel descrivere questo polso della Pericardite e nello accennare a quello eccentrico, talvolta come fedel riflettore di quello cardiaco, talaltra nò; non intendo varcare i confini della flogosi operativa o vigente. A niuno difatti stimo ignorato, che negli esiti diversi delle acute o croniche pericarditi possa scontrarsi un polso abnorme alcune volte singolarmente eloquente, alcune altre rilevante solo una generica lesione dell'apparecchio circolatorio.

Il dolore che suscita la pericardite taluna fiata è leggero, talaltra è terebrante, e gl'infermi lo somigliano ad uno stile confitto nel cuore. Qualche volta è una vampa che adugge fieramente a riprese. Questo fenomeno variabile anch'esso per sede, per esacerbazioni e remissioni, per lontani risentimenti od immediati, per diffusioni segnalate; nasce dalla regione sottosternale, spiega le sue moleste simpatie ed assai comunemente si punta alla scapola sinistra. [1] Sollevasi talvolta lungo il margine dello sterno muovendo dal centro epigastrico, e non è non raro diffondasi agl'ipocondrî, al collo, alle braccia, specialmente al sinistro, alle mammelle, e susciti

[1] Questo dolore taluna volta salì all'enormezza di quello che caratterizza l'*angina pectoris*.

pure una neuralgia intercostale. Così quando è gravissimo, costringe il paziente a strane positure, nelle quali gli sembra sentirsi alleviato per poco; e talora si alterna con mortali deliquî. Non ha sempre però tanta fierezza: alcune volte levandosi più mite, investe la regione precordiale e limitato sù quella non impedisce allo infermo il respiro, nè l'obbliga a giaciture singolari, nè sotto la tosse o profonde ispirazioni esacerba, nè sempre sotto una pressione ben esercitata, tra li spazî intercostali rimane immutabile. È d'avvertirsi, che siccome la flogosi pericardica il più sovente riconosce la origine reumatica, [1] è quindi o lo esordio di altri attacchi sulle zone pleuriche e mediastiniche, od occorre qual' effetto di diffusione di questo principio infiammante le sierose del petto. Così è che talora mobilissimo investe or questa or quella lista membranosa, ed a seconda della prevalenza e della variabilità del centro flogistico, discorrendo esso pure, pronunciasi ora in uno, ora in altro luogo nella sua più fiera intensità. Parrebbe a tutte prime cotesto fenomeno non dovesse mancare in alcun caso; tuttavia il contrario è sanzionato dai fatti: e la mancanza di esso sù tutti gli altri sintomi è quella che costituisce la vera pericardite latente. Sebbene quivi pure sia d'aggiungere, che il dolore spontaneo non esistendo può anche il medesimo manifestarsi se provocato. E si provoca agevolmente per lo più con lieve ed abile pressione, fatta dalla regione epigastrica spingendo la mano obliquamente a sinistra od in alto verso la regione pericardiaca.

Nel novero dei fenomeni di questa flogosi la *dispnea*

[1] È accaduto si osservasse la Pericardite prodroma del reumatismo articolare acuto.

non entra così essenzialmente, come nella pleuritide e nella pneumonite. Avvegnachè non sia già che lo infermo non possa alternare i movimenti respiratorî nè compierli, e veggasi quindi astretto ad un respiro celere, corto, anelante, doloroso: ma sia per contrario ch' esso senta un bisogno supremo di respirar largamente; pel quale carattere subiettivo in tale infermità si verifica di preferenza la respirazione sospirante. Onde sembra il meschino trovi un conforto in quel profondo ispirare, che vedesi assolutamente impedito nelle altre flogosi toraciche. Del quale sintoma rinviensi agevolmente ragione. La violenza del circolo è somma, i movimenti diastolici e sistolici succedonsi con una rapidità esorbitante perchè il viscere che respira è reso impari alla foga del sangue irrompente da' grandi tralci dell'arteria polmonale. Ora si conosce che traendo de'profondi sospiri, la piena cardiaca ne resta moderata e ritardata alcun poco dal giuoco meccanico-idraulico: così che può dirsi il polmone un registro, una valvola di sicurezza ai movimenti del cuore. Ma quando però intervenga assai pronunciata la iperemia polmonale, effetto presentaneo di un circolo gagliardamente concitato; od anche quando siavi diffusione verace di flogosi sulle pagine pleuriche o sul polmone; allora, come sintoma di queste affezioni, sorge la dispnea; la quale nella sua importanza si modella in ragione della latitudine e della profondità dei processi flogistici.

Il medesimo può dirsi della *tosse;* vale a dire che, primitivamente, questa non figura nel quadro fenomenale; ma può occorrere, ed occorre di fatto frequentissima per le condizioni stesse onde muove lo affanno.

Un sintoma però di grave momento e squisitamente

te proprio della pericardite è la *jactitatio corporis* di Corvisart; la irrequietezza senza posa dello infermo, il non trovar luogo, nè modo che lo soddisfi. Per questo fenomeno il paziente si travaglia in guisa da impietosire gli astanti, e deteriora grandemente la sua ben trista condizione, stremando le sue forze. Pallido il volto, coi capelli bagnati di sudore a volte gelato, coll' occhio sbarrato dallo spavento, con una ineffabile sensazione di angoscia, collo annunciare ch' ei fa la sua morte vicina, non trova un conforto, ed è quasi nella disperazione. Gl'infermi ch' entrano in questo stato deplorabile, palesano assai bene ai Clinici avveduti qual flogosi li bruci nel petto ! ...

Dopo questo, il parlare *di giacitura* parrebbe inutile, giacchè niuna può dirsene tollerata dal paziente, a tal che ha luogo in lui un continuo esagitarsi, un rivolgersi, un trambasciare: lo che venne graficamente espresso nella sopradetta « Jactitatio corporis ». Pure inoltrando la malattia, e quando sopratutto occorse già un esito anatomo-patologico, quella si vede ben determinata. Assai spesso ama il misero di giacersi supino col capo sollevato da'guanciali; talune volte è a sinistra, specialmente se la cavità pleurica di tal parte toccò uno stravenamento sieroso. Io ne ricordo uno, che non poteva adagiarsi sui materassi se non se a tronco eretto, puntando i gomiti sulle ginocchia, e piegandosi più che potesse allo innanzi. Il Medico che tutto dee saper cogliere a suo profitto, anche dal modo di decombere può derivare i suoi lumi. Difatti nello infermo qui accennato, era quella giacitura una necessità: perchè il sacco pericardiaco contenendo una maravigliosa quantità di fluido faceva impeto sul Diaframma.

La voce talune volte è fioca ed interrotta, e nelle contingenze gravissime è afona ancora. Tal altra si conserva potente fino ad eromper in grida acute sotto lo stimolo di un dolore vivissimo. Questo fenomeno è governato da due ragioni distinte: l'una generica, che diremo gravezza, profondità di attacco e che ha per effetto una depressione dinamico-organica un *collapsus;* l'altra speciale, che vuol riferirsi alle condizioni del decimo pajo, e sopratutto alle branche vocali inferiori di Bichat. E di vero, se non è nuovo nella storia delle pericarditi una diffusione al cervello per questa via, cosicchè surta dapprima una forma pericarditica segua poi una cefalitide complicante, quanto meglio non dovremo ammettere una neurite od una semplice neuralgia dei vocali?.. Ma cessando le ipotesi dove cominciano i fatti, forsechè non abbiamo noi manifesta una istoria di Pericardite che si accompagnò alla estinzione della voce?.. E non si è veduta l'angina spesse volte accompagnar le occulte malattie acute del cuore? Il caso che mi avvenne osservare in uno sventurato giovane, caso importantissimo che esporrò nella Miocardite, me ne porse testimonio solenne.

Fredde talvolta s' incontrano le mani, ed in ispecial modo i piedi negli affetti di Pericarditi; ma certo non è questo uno speciale fenomeno della forma morbosa che noi descriviamo. L'Adinamismo congiunto per vincolo necessario alle sofferenze gravi de' centri vitali, spiega a sufficienza come possa intervenire un corredo di fenomeni sù tutte eguale. L'occhio velato e smorto, l'estremità agghiacciate, il sudor freddo, il singhiozzo, la suprema pressura della vita a quando a quando risollevata per un attimo doloroso, per una convulsione, fanno sì che argomentisi, non già la nullità delle sofferenze, co-

me a tutte prime parrebbe doversi credere, sibbene una pena, un' angoscia mortale tanto men descrivibile, quanto è più profondamente incentrata.

Il volto del malato ha pur esso le sue note valutabili. Rade volte è acceso e rubicondo; e cio è di preferenza nei temperamenti sanguigni, allora che la febbre sia squisitamente inflammatoria, ossia, quando la reazione de'vasi primeggia. Corvisart notò siccome epifenomeno rimarchevole un rubore circoscritto alla gota sinistra: ma noi dobbiamo per verità pura asserire che non lo scontrammo se non se rarissime volte, ed in tali circostanze nelle quali potrebbe aver avuto altre origini. Andral notò il tremito convulsivo delle labbra. Non furono rarissime ad aggiugnersi e ad alterare la faccia degli infermi, le convulsioni epilettiformi. Di queste più frequente sopravvenne il delirio, non inusitato fenomeno in tal congiuntura, vuoi per le azioni irritative riflesse, vuoi per la diffusione flogistica al centro del Diaframma. Espressi allora i tratti naso-labiali, aleggianti ed aride le narici, coperte talvolta di uno strato quasi polveroso e fosco, secche le labbra, asciutta la lingua. Alloraquando però la idropericardia o la idropleuria od entrambe successero, concorrono pure gli edemi della faccia, e delle palpebre, i quali si mostrano più rilevanti a sinistra, ed alcune fiate si osserva un colore azzurrognolo che si pinge sulle gote, sui margini e sui lobi auricolari e sulle mucose delle cavità seminterne.

Speciali fenomeni osservaronsi talora nelle pericarditi, che meriterebbero di essere attesi, singolarmente quelli, che non facendo parte della ordinaria forma morbosa, potrebbero avere interpretazione diversa dalle reali scaturigini dirette o simpatiche di questa infiammazione.

Stokes fa menzione dello *accresciuto impulso* de'*vasi cervicali,* e lo chiama sintoma di gran valore. Non può dirlo frequente, ma ne accenna due storie ben chiare. Col trasalire de'vasi cervicali coincideva lo stato deciso di debolezza del polso radiale. Fu aggiunto: *il riso sardonico, lo eccitamento maniaco, la improvvisa dissoluzione dell'occhio, la disfagia, il polmone spinto in alto da formare voluminoso tumore sopra la clavicola.*

È mestieri senza dubbio che il pratico conosca quanto intervenne di organopatico analizzando un complesso fenomenale, e che sappia sceverare il sintoma patognomonico da altri che occorrer possono o per diffusione di processo, o per verace complicanza, o per simpatiche neurospasmodie. Così lo impulso de'vasi cervicali, sembrò meglio legarsi ad una diffusione angioica; il riso sardonico alla flogosi contemporanea del centro frenico ed al riscaldamento dei cordoni diaframmatici che scorrono sui lati del pericardio; lo eccitamento maniaco a prevalente neuro-angio-stenia o complicante meningite; la dissoluzione dell' occhio a discrasie umorali coincidenti od eguali etiologicamente al substrato caco-flogistico del pericardio; la disfagia a compressioni esofagee, o riscaldamenti della faccia esterna di questo tubo ec.

§ V. Dopo questo cumulo di significazioni morbose, che ho nominato criteri subiettivi, vengono quelle che tolgonsi dagli obiettivi. Lo stetoscopio non porge sempre eguali risultamenti nelle indagini diagnostiche della Pericardite. Quindi il rumore segnalato da Collin [1], s' incontra rarissimo così com' è stato descritto, ed in tutte le sue varietà graduali occorre soltanto ne'casi di

Forma morbosa obiettiva

[1] Collin fu allievo di Laennec - segnalò le *bruit du cuir neuf,* come sintoma di Pericardite.

Pericardite pseudo-plastica, nella quale persiste cangiando di forza e di tono, a misura de' guasti organici che si succedono.

Ognuno degli ascoltatori conosce come il soffregamento pericardico abbia de' caratteri segnalati per distinguersi dai rumori del cuore, e come nella intensità e nella durata offra notabili cangiamenti.

Difatti ora è tanto lieve che rassembri lo strofinìo di due superfici seriche, dalla quale analogia ebbe il nome di *rumor di seta*; ora va più forte ed alcunchè stridulo co'caratteri di un *crepitio*, quale appunto rilevasi dallo scricchiolare del cuoio nuovo posto in movimento; ora affatto raspante ed omotono. Facile è quindi lo argomentare che varia, oltre ogni credere, possa riuscire la sequela de'rumori intermedî, fino a quello lievissimo che Stokes chiamò *di soffio*, dal quale emerger ponno dubbiezze diagnostiche da risolversi con molta cautela, e collo indugio. In un caso di pericardite incipiente dall'alto dei vasi, io ho scontrato a diritta sensibilissimo codesto rumore, che difatti si dichiarò sul cadavere mosso da lievissimi essudati granulari ed uniformi circoscritti al corno pericardico della Cava discendente e della orecchietta diritta. In simili congiunture egli è manifesto, che se una delle più ovvie complicazioni supposte nel nostro argomento sia collocata nella Endocardite, e questa pure, siccome vedremo, tra le sue note obbiettive presenti quella di un rumore di soffio, allora ci corre l'obbligo di ben precisarne la sede. Perchè innanzi tutto avvertiamo qui, riposare un criterio differenziale assai valutabile in ciò, che quello dei soffi, la cui origine tiene al pericardio infiammato, si offre superficiale, epperò immediato all'orecchio ed alquanto

ruvido; mentre dolce e lontano è l'altro, che muove dallo Endocardio e da' vasi; il primo, si avvisa slegato dalle incidenze metriche dei tempi, e suoni cardiaci, e del fascio dei vasi, e segue il movimento muscolare dell' organo anche nelle azioni di loro natura afonctiche, epperò inapprezzabili dall' orecchio; l'altro si limita sulle azioni fonetiche del cuore, e può diffondersi lungo i canali vascolari.

Per coteste ragioni io chiamai ne'Prolegomeni, *Esocardiaci* i rumori del pericardio, e li volli distinti in ascendenti e discendenti. Gli ascendenti o sistolici hanno massimo valore, quando sendo lievi e raspanti ma superficiali sempre od immediati sotto l'ascoltazione, non s'incontrano diffusi in veruno stoma cardiaco; o sia lateralmente sulla regione sternale diritta o sulla mammaria sinistra, come avverrebbe per operantesi riflusso de'ventricoli ne'scui; o sia in alto profondamente e nel centro sternale, come ne'casi di stringimenti dell'orifizio o valvole, o di entrambi ad un tempo delle grosse arterie. Da siffatte avvertenze emerge chiarissimo il criterio differenziale tra questi e gli endocardiaci, come accennava già sopra. Nondimeno è d'aggiungere qualche osservazione.

I rumori del pericardio saranno fatti più lucidi anche dalla specialità dell'area in cui si destano. Infatti ove abbian luogo dallo scrobicolo del cuore a mezzo margine del sinistro ventricolo, e si propaghino scorrendo trasversali e discendendo verso la punta del viscere, sebbene si atteggino alla levità di un soffio, od alla dolcezza di un fregamento serico, pure il luogo occupato prevale quasi esclusivamente per farli aggiudicare al pericardio. Imperocchè, distando quest'area da'pertugi car-

diaci, sù quali per lo più si localizzano i menomi rumori, acquista al fenomeno un valore ben rilevante. Ma la pericardite non è sempre *superiore* nell'origine anatomica, e potrebb'essere anche *inferiore* cioè della pagina che sottendesi alla faccia posteriore del cuore; ed in questo incontro la diastole cardiaca potrebbe oscurare colla imponenza sua il rumore risultante dallo strofinìo della pagina sierosa viscerale e membranacea. Allora, come nella forma morbosa subiettiva, il mancante dolore è ragion potentissima ad occultare la località inferma, così nella forma morbosa obiettiva, il difetto di uno sfregamento dolce od aspro, ma immediato all'orecchio o superficiale, è più che capace ad abbuiare la diagnosi. Noi però ne'casi sospetti, dopo giovatici del consiglio di Corvisart, ossia del conato diagnostico *per exclusionem*, abbiam fatto sedere lo infermo, ed ordinatagli la sospensione del respiro, abbiamo più di una volta udito sotto la scapola sinistra il rumore del pericardio, scorrendo coll'orecchio allo esterno sulla diagonale postura del cuore; avvenimento sicuro in opportune condizioni anatomiche, e che più volte incontrato, lo annunziamo a' Colleghi, perchè se ne giovino nelle ambagi diagnostiche.

I rumori del pericardio od aspri o molli hanno anche un altro segnalato carattere ben descritto da Stokes. È questo il loro accrescersi per la pressione esercitata sulla esterna regione pericardiaca. Questa pressione può compiersi dallo ascoltatore istesso forzando a talento colla testa o colla base dello stetoscopio sull'area esplorabile; o la si può commettere ad un assistente. Più volte mi venne fatto rilevare la verità di cotesto asserto, che certo è concludentissimo quando possa occorrere un dubbio circa la natura de'rumori. Anzi aggiungerò, che fat-

to sedere lo infermo, e commesso ad un assistente di esercitare la pressione colla mano spianata e sulla regione pericardiaca e sulla toracica posteriore ad un tempo, mentre il paziente, fatta una totale espirazione, invitavasi per istanti a non iterare il respiro, riusciva nell'ascoltazione salientissimo questo carattere del rumore pericardico. Taluna volta, potendo obbligare lo infermo a giacersi boccone con un guanciale tra il petto ed il materasso, situandolo così ad appoggiare interamente sul torace, lo stetoscopio piantato lateralmente riferiva chiarissimi i rumori indistinti a giacitura supina. Il qual modo di rafforzare i rumori del pericardio è apertissimo quando riflettasi ch' essi non ponno aver luogo se non se pel fatto dello strofinio delle superficì sierose; indi è certo, che il cuore non è mai più immediato al pericardio, e questo alle pareti toraciche, quanto allora che il malato si adagi nella positura anzidetta. Che anzi in questa havvi il vantaggio di riattivare il rumore, che il fluido interposto alle pareti scabre avesse diminuito o sospeso. Difatti il cuore, sempre dell'acqua più grave, in cotesta pratica tornerebbe a riposare immediatamente sulla pagina superiore del pericardio.

Ma non posso tacere, che non è il rumore pericardiaco il solo ad accrescersi dalla pressione toracica, evvi anche il pleurico. Perchè a tutte prime mal si distinguerebbe da cotesto carattere il sintoma stetoscopico della Pericardite, da quello della Pleurite, senza che si avesse l'avvedutezza di studiar bene la esistenza di questo fenomeno, facendo sospendere allo infermo per alquanti secondi il respiro, e osservare così se il rincalzo del rumore sia lucidissimo al lato sinistro dello sterno, in quel punto anatomico, ove l'ala del polmone non

giunge quasi mai; sebbene in taluni casi la si vegga a preferenza di altri, soprapporsi dipiù al Pericardio. Io designai a taluni distinti medici questo avvenimento sopra uno svizzero infermo di cronica pleurite, e feci loro toccar con mano la necessità di essere diligentemente esclusivi nel qualificare un rumore.

Leggendo nel 1859 le note cliniche dettate dal dott. Pietro Bosisio sugli annali Universali di Medicina che si pubblicano a Milano, nel momento che mi compiacqui di vedere come esso sia addentrato nell' ardua diagnosi delle aderenze pericardiache, dopo le anzidette parole mi troverei nella necessità di appuntare la seconda legge clinica ch'egli formulava così:

« Che un rumore pericardiaco può qualche volta
« durare anche dopo avvenuta l'aderenza totale del pe-
« ricardio: fatto subordinato alla natura e forma della
« lesione anatomica pericardica.

Qui, sebbene per me alquanto fuori di luogo, mi permetterei fargli osservare, oltre le cose anzidette, ch'egli ammiratore com'è, e seguace delle dottrine diagnostiche del Clinico di Dublino, non ha forse bene avvertito come Stokes annunziando un rumore uditosi anche dopo avvenuta una Pericardite adesiva, ha poi segnalato che gli strati di aderenza non eran tutti uniformi per tenacità e robustezza; onde argomentava una successiva pericardite adesiva parziale, alla parziale già intervenuta con esito: ed allora il fatto è certo intelligibile.

Nell'osservare i depositi amorfi, o le aderenze già organizzatesi entro al sacco che involge il cuore, l'anatomo-patologo vi ritrova, oltre le differenze di grado, anche quelle di tempo, cosicchè possa mettersi in armo-

nia la recidiva colle impronte cronologiche de' trovati cadaverici.

Va contemplato tra caratteri obbiettivi della Pericardite anche una impressione tattile che riceve la mano esploratrice collocata sull'area cardiaca. Questa porta il nome di *tremore vibratorio*. Stokes, Watson, Hope tra gl'inglesi furono quelli che lo misero in luce. Esso è per lo più un rumore di *via vai* aspro raspante e capace ad oscillare per l'attrito che lo genera così vivacemente, da non potersi con altri di analoga natura confondere. N'è carattere saliente il non giungere mai ad oscurare sotto l'orecchio tutt'i coefficienti fonetici del secondo suono. È chiaro che questa nota differenziale, appartenga ad ogni rumore esocardiaco genuino. Quindi ognuno degli ascoltatori comprende qui agevolmente lo interesse sommo di cotale osservazione, di cui sostengo la verità, appoggiandola sui fatti già da me dimostrati ne' Prolegomeni. E per vero dire, il cuore scorrendo pel pericardio nel dilatarsi de'suoi diametri tutti, ossia nell'atto diastolico, può per le superfici irte di asprezze essudate, generare un rumore che supplanti nettamente il primo suono. Può anche retraendosi nell'atto sistolico, non più coll'apice ma collo intero corpo che vigorosamente costringasi, incontrare una faccia pericardiaca e produrre un secondo rumore meno aspro assai, ed assai meno prolungato del primo. Ora questo avvenimento se potrebbe alterare la ragion sonante dei seni, che trovansi entro la cavità pericardiaca stessa, e ciò massimamente perchè lo sfregamento cardio-pericardico si farebbe nella massima loro vicinanza, non potrà giammai soffocare il suono delle colonne sanguigne ricadenti sulle valvole semilunari. Difatti questo suono particolare che io nominai un

coefficiente del secondo suono complesso, si fa allora appunto che il sangue già slanciato dalla sistole ventricolare per entro a'cilindri arteriosi, ricade pel proprio suo peso sull'espansioni fibro-tendinee semilunari, le quali fanno schermo a che l'onda non torni a ritroso. In questo attimo, il rumore abnorme sistolico esocardiaco è già sicuramente finito; ed il cuore si trova in quel punto di tempo nel quale smonta il ventricolo della sua rigidità per esser disposto ad entrare in una novella diastole.

Nè questo si parrà difficile a concepire analizzando lo intero meccanismo de' moti cardio-vasali costituenti il secondo tempo, e il secondo suono del core. Perciocchè oltre alla dilatazione dei bulbi arteriosi e la ricaduta del sangue sulle valvole sigmoidee accade la dilatazione de'seni destro e sinistro. Il destro specialmente che si trova ad occupare il lato interno anteriore del diametro verticale pericardiaco, può facilmente, diastolizzando generare un rumor d' attrito per circostanze anatomiche a tutti palesi, ed allora far sì che al suono del sangue ricadente sulle valvole, il cui luogo preciso corrisponde al centro della base anatomica del cuore, coincida un rumore che attenua od oscura la diastole de'seni od uno de'coefficienti fonetici del secondo suono. Ma questo rimarrà rumore segnalabile e per ragion di luogo, e per ragion di modo, nè verrà giammai ad estinguere l'altro coefficiente di cui tenemmo parola. Lo che ridotto ad espression pratica, tornerebbe così: un rumore di soffregamento pericardiaco può anche velare in parte il secondo suono sia che muova dalla sistole de' ventricoli, sia che dalla diastole de'seni; ma non giungerà giammai a sopraffare il termine di questo atto fonetico

che và riposto nel rimbalzo delle colonne sanguigne sulle valvole semilunari. Dicemmo cotesto soffregamento potersi produrre o dalla sistole de'ventricoli o dalla diastole de'seni, non già perchè cotesti moti non abbiano entro il viscere caratteri differenziali, ma perchè fuori del viscere inducendo un attrito potrebbe esser a danni di quasi tutto il tempo occupato dalla rivoluzione di questi due atti cardiaci.

Non insisto maggiormente sù tal meccanismo nella certezza di averlo altrove fino alla evidenza dimostrato. Torno però a segnalare il carattere del secondo suono, pel suo più valido coefficiente illeso in tal congiuntura; perocchè, siccome altrove osserveremo, i vizî di canalizzazione co'quali potrebbe coincidere una specie di *fremito vibratorio*, come sarebbe il *fremissement oataire*, hanno seco infallantemente la nota del secondo suono supplantato affatto.

Ma se in taluni casi, sebbene infrequenti, può la mano appoggiata sulla regione cardiaca ricevere la impressione dello sfregamento, che si verifica tra le pagine del pericardio parietale e viscerale; quanto valore sarebbe d' accordare a tal segno, quantunque volte sia certo, che i medici usi all' ascoltazione, abbiano già per lo innanzi avvertito coll'orecchio, quello che ne'solenni avvenimenti varrebbero a segnalare col tatto? Beau registrava una storia nella quale il rumore esocardiaco veniva pure ascoltato a distanza. Queste peraltro non essendo che rare graduazioni di un fenomeno stesso, non vanno al di là di una semplice curiosità scientifica. Egli poi cade in errore gravissimo questo scrittore francese, nello accennare alle guise onde un rumore esocardiaco

possa sceverarsi da uno endocardiaco, e precisamente là dove avverte, che « on serà empeché de le confondre « avec leurs analogues des voies cardiaques, par cette « consideration, qu' on peut les entendre a distance, « tandis que les bruits internes ne sont jamais percus « qu' a l'aide de l'auscultation mediate ou immediate » A smentire questo asserto basterebbe il solo caso di un individuo della nostra professione vivente in Roma, che ha tal rumore modulato per indurimento de' lembi valvolari dell' aorta, da riscuotere notte tempo e colmare di paura la sposa che gli dorme al fianco; rumore ch' esso stesso avverte lo infermo e quindi tutti gli altri possono avvertire in lui a notevole distanza, anche di giorno, ove si abbia la opportunità del necessario silenzio.

Dopo questo sarebbe a dirsi alcuna cosa delle vibrazioni cardiache occorrenti nella Pericardite e del metallo loro. Lo faremo brevemente. Non considerandosi quì affatto il caso della Endocardite complicante, la qualità del suono cardiaco non potrebbe venir alterata se non da materiali flogistici interposti fra il viscere e la parete del sacco. Della qual cosa dicemmo già in parte, ed ora verremo concludendo in tal guisa.

Come non fà questione di fina stetoscopia il disordine circolatorio che vedemmo poter intervenire nel caso della Pericardite, così il balzar del cuore nel primo assalto di essa, non impegna troppo grandemente l'applicazione del plessimetro, bastando sempre la mano spiegata pel giudizio che debbe portarsi sulla normalità della area occupata dallo impulso.

Ma la percussione fu detta capace di rivelare anche essa la esistenza della Pericardite. Lo che secondo la nostra sperienza va ricevuto con riserbo. Chè se ella

fosse quistione della flogosi ne'suoi primissimi stadî, non ci attenteremmo di sostenere questo asserto. Difatti, qual mai può sorgere ragione di mutezza dal primo appiccarsi della infiammazione ad un invoglio membranoso, quando ancora non abbiavi materiale aumento, vuoi per infiltrazione, vuoi per istrati, vuoi per depositi irregolari, vuoi per aumentata copia di sieri?.. Basterà lo addensamento del circolo pericardiaco, e la disproporzione del doppio sistema sanguifero, e il costiparsi frequente dei capillari, e lo ampliarsi ch'essi faranno variamente nelle sottili loro tonache?.. Non debbonsi spingere le cose agli estremi, quando non vogliano abbattersi le dighe del vero. La percussione utilissima, siccome vedremo, alla diagnosi del cuore infermo, ne soccorre pure sull' argomento della Pericardite, però allora soltanto che la essudazione flogistica abbia espresso i materiali acconci a stabilire un aumento verace e notabile sulle ordinarie proporzioni. In cento storie Cliniche abbiamo trovato scritto « La percussione del pericardio offriva una mutezza sopra l'ordinario » ma nelle opere in cui ci veniva ciò letto, non incontrammo punto la misura necessaria, il regolatore di questo giudizio. Crediamo il nuovo metodo topocardiografico da noi proposto ne'Prolegomeni, confortato oggimai dell' approvazione sperimentale di uomini fededegni, tra quali ci è grato distinguere il Chiarissimo Prof. Viale già Clinico Medico di Roma, e l'Illustre Prof. Girola già Clinico e Preside della facoltà Medica di Torino, possa tornar utile allo scopo.

Ognuno si avvede che interrotti essendo i rapporti di contiguità fra le pagine pericardiache per un fluido, che separato più o meno abbondantemente s'interponga; così come ne vada accrescendo il disgiungimento, i suoni

cardiaci si rendano più fiochi, ed i rumori che muovono dall' attrito debbano pria minorarsi, poi scomparire ed emergere altri fenomeni riferibili a versamento. Il quale, o resta limitato ed eminentemente plastico, e dà luogo alla forma anatomica che distinguemmo col nome di *mista;* o trasmoda siffattamente da colmare e distendere il sacco membranoso, e provoca la forma *umida*. Nel primo caso è un gorgoglio sensibile, un agitarsi del fluido per le movenze del cuore, ed un refrangersi dell'onda per gli essudati taluna volta filamentosi e tenui, che non resistono alle azioni de sieri commossi; talaltra cellulari e robusti. Però, anch' esso questo gorgoglio non riesce eguale all' orecchio in tutte le posizioni che si facciano prendere allo infermo. E per verità: ove questo cangiar di decubito sia possibile conciliarlo colle molestie che provano gli affetti d' infiammazione nel pericardio, produrrà massimo il gorgoglio, verificatesi le opportune condizioni anatomiche, inclinando il malato allo innanzi ed a sinistra; sarà minimo, se il malato declini a dritta ed indietro; e di media forza, nelle giaciture intermedie. Ma cotale fenomeno, sù cui posa infallibile la diagnosi delle pericarditi miste, si avverte fugacissimo. Possono cangiare da un istante all'altro le condizioni materiali che lo risvegliano, ed io posso asserire che ne' varî casi occorsimi, quante volte il gorgoglio sia stato notabilissimo, dopo l' applicazione di un largo vessicatorio alla regione precordiale ed alquante frizioni mercuriali, o dileguossi completamente, o si ridusse al minimo della espressione , od anche fu rimpiazzato dai rumori di un soffregamento semplice, ma dolce (frolement) e tutto differente dall' aspro e dal ruvido della pericardite secca.

§ VI. La diagnosi delle idropericardie poggia oltre tutti i generici sintomi di un versamento, sulla eccedente mutezza della regione cardiaca alla percussione; sul palpito profondo inapprezzabile dalla mano e quasi eziandio dall'orecchio; sugli edemi sparsi, e massimamente sù quello de' tessuti esterni del petto sinistro, come pure talvolta della palpebra, della gota, della mano e del piede di questo lato; sullo affanno che muove dalla compressione, onde il sacco pericardiaco disteso dal fluido, si aggrava di contro al polmone; e finalmente sulla giacitura di necessità. Ma ad onta pure di tanta suppellettile di segni, non emerge mai sempre indubitabile la raccolta in questione. Quindi è che mi cadde nell' animo d'intraprendere una serie di studî speciali su questo argomento, i cui risultati già feci di pubblico diritto nel Marzo del 1855 e che piacemi quì riportare quasi colle stesse parole. Idropericardite

Le idropericardie sono elleno affezioni che non rischiaransi per tanta lucentezza di sintomi da rendersi mai sempre sicure; che anzi si avvolgono talora in tanta oscurità da non farsi palesi che ai più veggenti. La plessimetria però e la stetoscopia offrono preziosi criteri a guida, che tornano tanto più calcolabili quanto è più vera la proposizione di Corvisart « che delle malattie del cuore e delle sue dipendenze, la più retta diagnosi abbia a stabilirsi per via di eliminazione » Agli anzidetti fenomeni, quali sono il palpito profondissimo del cuore che talora sfugge alla mano esploratrice, la estensione maggiore della mutezza della regione cardiaca alla percussione ecc.uniscasi anche talora quel senso di gorgogliamento che può occorrere all' orecchio applicato esattamente sull'area pericardiaca specialmente sot-

to un colpo di tosse od una qualsiasi espirazione violenta seguita da concussione della gabbia toracica; ed avremo novello argomento che accrescendo le presunzioni eccitate per gli altri criterî subiettivi avvalorerà le vedute diagnostiche sulle Idropi del Pericardio.

Se non che, ove a tutto questo aggiunger si potesse il senso di rimbalzo umorale da un punto all'altro delle pareti pericardiache, ed allora sarebbesi senza fallo ottenuto fra i sintomi sensibili, quello che più da vicino ne rivelerebbe la esistenza.

Ora appunto ciò mi accadde in un malato che io esplorava in compagnia del mio pregevole collega il dottor Pio Blasi.

Contrasegnata colle linee del Piorry la regione cardiaca, [1] appoggiai sulla linea trasversale inferiore tutto lungo il pollice della mano sinistra, facendole occupare e comprimere con forza uno spazio intercostale, contemporaneamente imponendo l'indice della medesima flesso quanto più si potesse in giro montante verso la linea trasversal superiore.

Comprendeva in tal guisa un segmento toracico lievemente sporgente, in cui immaginata una linea verticale abbassarsi dal polpastrello dell' indice a quello del pollice, anderebbe quasi a sfiorare lo interno del pericardio oltremodo disteso. Percuotendo allora coll'indice e medio della destra sull' indice della sinistra applicato nella guisa suddetta, si aveva un rimbalzo laticeo così chiaro e sicuro da renderne certi di una cospicua quantità di liquido nel sacco membranoso. [2] Costatato la pri-

[1] Non aveva peranche compiuti i miei nuovi studî topocardiografici.

[2] Ognuno saprebbe dire quali circostanze debbano concorrere a che si verifichi tanto il gorgogliamento quanto il rimbalzo.

ma volta cotale fenomeno, fui sollecito di significarlo ad altri, che ripetuto lo sperimento con tutte le necessarie avvertenze di sopra indicate, riuscirono ad ottenere manifestamente quella prova.

Il cuore come al superiore livello presenta la estensione della base, così all' inferiore non ha che l' apice liberamente fluttuante nella sua membranosa custodia. Da ciò ne avviene che gl' impulsi i quali vengano determinati sull' alto del pericardio, tornino limpidissimi ad essere ripercossi nel basso, quando la cavità contenga tal copia di liquido da poter subire la notata riscossa.

La evidenza di tali anatomiche ragioni, la sicurezza che ispiravami allora il metodo onde Piorry limita il cuore in un quadrilatero, mi francarono la mente da ogni sospetto d' illusione e di errore. Perchè, conosciuto l' interesse di tal nuovo segno alla diagnosi delle Idropericardie, mi diedi sollecito a cercarne conferma ulteriore da nuovi fatti. Questi non si fecero, nel vasto Ospedale di s. Spirito, lungamente desiderare. Perocchè la sezione de'cadaveri di Presciutti Giacomo e di Silvestri Domenico nei quali si ebbe eguale risultamento dalla percussione in quella guisa applicata, mostrò praticamente colpita la verità della idrope del Pericardio.

Ma questo rimbalzo umorale che additava testè poter segnalare nel Pericardio i casi di versamento, egli è ben ragionevole non emerga giammai nitidissimo se non quando cospicua sia l'onda versata. Difatti ci sappiam di leggieri persuadere, siccome il poco aumento della sierosità, respinto nel punto più declive, o nullo o molto ambiguo renda il fiotto nel controcolpo; nè potrà certo affidarsi ad una norma men che probabile l' alto interesse di una Diagnosi. Ed avvegnachè fossi accorto

di ciò fin dalla prima volta che intrapresi le ricerche in proposito, pure non abbandonai la lusinga di poter anche raggiungere la prova fisica del versamento nascente. Mi' balenava fra le speranze di ritrovarla, quella sù tutte, che il liquido in copia discreto, potesse spostarsi sotto le varie posizioni dell' infermo, e da tali cangiamenti seguirne alcun dato notevole a chi cercasse diradare le folte tenebre che avviluppano tal fatto. Volgevano nella mia mente codesti pensieri, quando ecco ad attuarli opportunissimo presentarmisi il caso.

Il Dott. Pietro Martelli allora Medico assistente in s. Spirito, m'invitava ad ascoltar seco lui un malato. Era questi tal Gasparri Filippo di anni circa 60, robusto di tempra organica e con prevalenza sanguigna. Sofferta una lenta flogosi delle sierose toraciche, della sinistra in ispecie, cominciava da questo lato un versamento. Prima ad avvertirlo fu la percussione diligentemente eseguita, poi il carattere egofonico della voce che si scontrava chiarissimo al di sotto dell' angolo della scapola, che unitamente avvertimmo. Indi a tre giorni farsi tumidetto il carpo sinistro e la corrispondente estremità addominale, arida la cute, scarseggianti le orine, non lieve lo affanno, e volgersi lo infermo a volentieri decombere sul lato manco. In questo, nulla offerivano di rimarchevole i polsi, tranne una lentezza singolare: le regioni superiori del petto davano un suono esagerato più che naturale, e contenevasi entro i suoi limiti la mutezza cardiaca. All'indomani (30 Aprile 1855) tutti i fenomeni suddetti erano in aumento. Quand'ecco al dì 1 Maggio alterarsi ad un tratto il ritmo de'polsi, farsi cioè irregolari nelle impulsioni, dicroti taluna volta, tal'altra intermittenti. Ora, la giacitura laterale sini-

stra, che teneva il paziente, non acconsentiva si riferisse la sopraggiunta anormalità dei polsi all'acqua del petto, che facendo impeto sul mediastino, comprimesse mediatamente il cuore; dappoichè il pelo del liquido doveva necessariamente trovarsi sulla inferiore linea e poggiare ed elevarsi sulla concavità delle coste, che riguarda la parete laterale esterna. Da noi dunque si volse com'era duopo, tutta l'attenzione al Pericardio.

E già la percussione rivelava circa l'area di questo un suono infallantemente più cupo, apprendevasi dall' orecchio il disordine del cuore, così com' era riflesso sui polsi, esplorando lo infermo nella giacitura eletta da se. Fattolo sollevare del tronco, e collocate le dita nel modo che nelle superiori pagine descrivemmo, si ebbe sotto una ripetuta pruova un non so che di moto oscurissimo, che non potea certamente dirsi peranche un rimbalzo. Fu allora, che ne apparve chiaro il disordine ritmico tenere ad un Idropericardio nascente. Dicemmo passasse l'infermo dalla laterale sinistra alla giacitura supina, e persisteva il fenomeno. Lo invitammo quindi ad assidersi in sul letto, e posti due guanciali l'uno sull'altro alla destra sua, gl'inculcammo che ivi poggiasse il cubito, e che in tal posizione si mantenesse alquanto. Era per tal modo il Gasparri a tronco eretto e flesso in sulla diritta. Eseguito il movimento, tantosto il circolo si riordinò siccome per incanto, il polso aveasi teso e vibrato, quale per una reazione, ma senza ombra veruna d'irregolarità. Come fui certo di questo repentino cangiamento, volli che l'infermo tornasse al primiero suo decubito, per osservare se riapparisse il disordine; ed eccolo difatti ritornare istantaneamente.

È mia costumanza laddove debbano portare giudi-

zio i sensi, che tanto facili sono ad illudersi, chiamar più persone affine di rassicurare la esistenza di un fatto. Quindi parecchi de'mici Colleghi oltre al Martelli furono invitati da me ad iterare la prova, e tutti segnalarono il medesimo risultamento. L'infermo ch' esigeva tutta la nostra attenzione, fatto segno a frequenti indagini pel volgere dei giorni 2, 3, 4, ci esibiva ogni volta lo enunciato fenomeno, e fra i molti in seguito che l'osservarono, fuvvi anche il Dott. De Antonis pratico distintissimo.

Intanto operava sul paziente il più ragionato metodo curativo; perchè non ci colpì meraviglia, se la notte del 4 al 5 dileguasse completamente il segnalato disordine, fluenti le urine, ch' eransi aperte in massima copia. Non però sollecita così scomparve l'Egofonia, la quale per ben altri due giorni si fè chiaramente sentire, testimonio sicuro che il petto era tuttora ingombro da liquido.

Il giorno 8 tutto era cessato. Discussi gl'infiltramenti, normale il respiro, libera ogni giacitura, aperte le funzioni del rene, madorosa la pelle. Indi a qualche altro tempo impiegato a consolidare la ricuperata salute, lasciava il Gasparri le sale di S. Spirito. Inteso diligentemente l'animo alla ricerca di fatti consimili, n'ebbi in tempo non lungo raccolto un numero rilevante, le cui storie tacerò per esser consentaneo alle notate premesse.

Il disordine ritmico del polso, fugace così che cangiando di posizione lo infermo si emendi, e tornandolo alla giacitura supina ed alla laterale sinistra ricada nel suo turbamento, accenna per necessità ad una materiale potenza che ora più, ora meno compresso il cuore, l'osteggi nell' ordine de'suoi movimenti. Questa materiale

potenza non era per certo quella che costituiva lo idrotorace sinistro, a noi rivelato e dal senso di egofonia e dagli altri criteri. Imperocchè, l' anormalità del polso non fu già contemporanea allo stabilirsi della idropleuria, e ben si conosce d' altra parte potersi dare uno spandimento sieroso che colmi a ribocco una cavità del petto, senza che irregolarità nello impulso, o dicrotismo od intermittenza si manifesti nel circolo. [1] Or s'è così, n'è lecito concludere, che una causa più prossima al cuore provocasse il fenomeno. Quale adunque?.. lenta pericardite?.. no; chè mancava il treno de'sintomi riferibili a quella...... cardiopatia organica?.. Neppure; chè nulla poteva accreditarla...... innervazione lesa?.. ma neanche, se cessava il disordine a libito del medico, solo che gli piacesse cangiare di posizione lo infermo !... Non rimaneva dunque che ritenere un versamento nascente nel pericardio. Francheggiavano fino alla sicurezza cotale giudizio

1.° Il palpito reso profondo ed oscuro.

2.° La estensione maggiore della mutezza cardiaca alla percussione.

3.° Il cupo senso di rimbalzo.

4.° Il prossimo idrotorace sinistro.

5.° La descritta fugacità del fenomeno.

Nello accennare di volo le ragioni fisiche ed anatomiche, cui poggia tal fatto relativo alla idropericardia na-

[1] Mentre pubblicava tali note la prima volta in Roma nel 1857, aveva dinanzi agli occhi un malato per nome Bernardi Gaspare, che offriva un idrotorace destro di massimo momento con edemi della palpebra, della gota, della mano e del piede corrispondente al lato del versamento, senza ombra veruna di disordine ritmico del polso. Oggi posso aggiungere che in altri moltissimi casi di massima idropleuria, non ho mai costatato il fenomeno di cui è parola.

scente, diluiremo insieme una non grave obbiezione che ne fu da taluno affacciata, cioè: che il cuore più pesante del liquido occuperebbe esso il posto più declive e seguirebbe così ad essere avversato nello esercizio de'suoi movimenti. Tutto il mio asserto può compendiarsi così. Nella idropisia del Pericardio, a seconda che la sia più o meno copiosa, o si trova il cuore fra due onde, ovvero dal liquido (accomodato sempre al più declive livello sotto le varie inclinazioni dell'individuo) ha un'ostacolo parziale in un lato, in un angolo, in una superficie. Nulla del primo caso: è nel secondo che fissiamo le nostre avvertenze.

Allorachè adunque un maggior volume di latice opponga un'ostacolo limitato al cuore che pulsa, egli ha ben donde potersi alterare ne'suoi movimenti, se una forza idraulica esterna combatta in qualche guisa quella del sangue che circola per entro alle sue cavità, e s'imponga inusitato gravame ai liberi movimenti del muscolo. Ma se questo parziale ostacolo potrà rimuoversi da quel punto ove eserciti un contrasto maggiore, per essere respinto in un altro ove rendasi meno nocivo, il fenomeno che esprime la lotta delle forze anzidette dovrà minorarsi, od anche totalmente scomparire.

Or bene: cerchiamo nel Pericardio se trovisi in realtà uno spazio in cui livellato quel soprapiù di liquido normale, che costituisce l'idrope nascente, non rechi al cuore onta capace a disordinarlo ne'suoi funzionamenti, e comprimerlo nelle sue oscillazioni. Nella gora interpolmonare fra le lamine del mediastino anteriore che ha un impianto obbliquo discendente da destra a sinistra, trovasi il Pericardio, che sorge largo nella sua base anatomica dal centro tendinoso del diaframma. Questa mem-

branosa custodia è ampia così, da spiegarsi a ricco involucro del centro della vita organica. Entro tal sacco morbosamente dilatabile, il cuore guarda colla sua orecchietta destra al margine destro dello sterno; colla sinistra ritrovasi in dietro ed a sghembo del ventricolo sinistro, sormontandolo appena coll'appendice; col ventricolo destro si volge in una curva pel piano inclinato che s'imbasa sul diaframma, costituendo così il lungo margine cardiaco; col sinistro ventricolo si volge superiormente ed indietro, formando il corto margine viscerale che si appunta coll'estremo suo verso la 4. o 5. costa sinistra.

È sù questa ultima linea, o trasversal superiore, che trovasi il cuore contiguissimo al suo ricettacolo; non così sull'opposta, la quale nel suo andamento dall'apice cardiaco sollevandosi sino alla orecchietta destra, va allontanandosi dolcemente dalla linea curva, costituente la base del pericardio. Cotesto allontanamento fa sì che nel pericardio si scorga sempre un vacuo di figura quasi triangolare, perciocchè lo estremo della linea trasversal inferiore del viscere, si appoggi sul tronco della cava ascendente e se ne faccia sostegno. Basta aprire un cadavere per acquistare di subito codesta idea cardiotopografica. Or bene quel vacuo non può essere affatto occupato dal siero normale. Perocchè, dovendo ogni liquido acconciarsi al punto più declive del suo continente, ed essendo tal punto nel pericardio, quello corrispondente all'apice del cuore, è quì ove ha stanza il poco latice fisiologico, che nella sua proporzione non altera punto nulla la regolarità delle azioni cardiache. Però quando aumenti, ecco l'ostacolo, ecco farsene un risentimento nel circolo maggiore, che ha le attinenze immediate col

cuor sinistro. Così, come sarà per idonea declinazione della cisti invitato il liquido esuberante a torsi d'impaccio all'apice del cuore e livellarsi su quel vacuo che dimostrammo, il polso si ricompone, perchè comunque allora venga a sua volta investito il cuor destro, questo essendo in rapporto colla trafila polmonare, non avrà come spiegar un disordine sul circolo grande.

Veduto in tal guisa lo spazio pericardiaco, dove livellato un liquido che si accrebbe in copia oltre la norma, poco impone alla regolarità del circolo, diremo: che saldo il viscere pe'suoi retinacoli non può rivolgersi mai fino a toccare coll'apice la parete destra del pericardio. E questo sembrami siffattamente lucido da non aver duopo menomamente di prove. Difatti, oltre la ragione degli attacchi vascolari, la natura dello impianto del pericardio non rende concepibile ad alcuno che il cuore si sposti a questo modo; ed accordato pure un assurdo anatomico, sarebbe necessario lo ammettere pronta a seguirne cotale torsione de'vasi, da morire issofatto per sincope un individuo, solo che tentasse rivolgersi sul letto da sinistra a destra. Ecco dunque a che torna la motivata obbiezione. Che anzi coloro cui fu non ignoto il cadavere ammetteranno, che volgendosi un individuo da sinistra a destra, il solo cangiamento anatomico si riferisca all' apice del viscere il quale necessariamente si retrae. Retraendosi, si porta in tal punto del pericardio in cui trova maggior latitudine, rimanendo sempre il ventricolo sinistro nella posizione superiore. Quanto dunque non si aprirebbe spazio a raccogliere poche oncie di sieri, senza che questi turbassero le azioni del ventricolo aortico? Ma basti di ciò, potendosi da noi francamente concludere che: per le nozioni anatomiche relative ai nessi del cuore, alla for-

ma e disposizione del pericardio, per la provata esistenza del vacuo triangolare descritto e confermato in sito dalle insufflazioni e dalle iniezioni del sacco, come dal semplice studio topografico, risulta colpita di nullità quella obbiezione, che ne fu contraposta, e che potrebbe formularsi così « Il cuore più pesante dell'acqua, dovrà sempre sottostare al liquido che ingombri la cavità pericardiaca, dunque niun vantaggio dal cangiar di posizione, perchè il cuore prenderà anch'esso, come l'acqua, le declività della cisti che lo contiene ».

Siccome a sostegno della diagnosi dell'Idropericardio nascente ci fu dato raccogliere un rilevante sintoma dal disordine ritmico, ma fugace del polso; così non ometteremo eziandio, che a versamento già fatto gigante, il rimbalzo subisca modificazioni.

Aprendo le opere di Corvisart e di Senac, e di altri molti, si legge che la raccolta in questione può trasmodare siffattamente, da rendersi quasi incredibile. Ora: quando sorga l'idrope cotanto imponente, egli è fuori dubbio, che dilatata oltre misura la cisti, perda ogni normale rapporto topografico, e gli estremi suoi rinvengansi là dove il peso li abbassa ed il volume li sospinge. Due casi mi si offersero di questa natura, sanzionati dal cadavere. Di essi, per amor di brevità, mi passo dal registrarne le istorie, avvertendo che in fatto di percussione, mi adoperava così. Dall'areola mammaria sinistra alla destra, un pollice circa al di sopra di essa percuotendo sul petto andava a ricercare l'estremo punto ove corrispondeva la mutezza del suono dal pericardio disteso. Trovatolo, e designatolo mi faceva al dorso dello infermo, ed applicata la sinistra verso l'estremità anteriore inferiore del pericardio, cercando che l'in-

fermo si chinasse alquanto al dinanzi, imprimeva colla destra e la sinistra insieme discrete scosse sul torace, e ne riceveva colla sinistra il senso del rimbalso così chiaro taluna volta e palese, da farsene tutta la ondulazione apprezzabile.

Le ragioni fisico-patologiche di tale avvenimento debbono ritenersi a tutti notissime, anche perchè la succussione toracica è nota fin da'primordî della Medicina.

Non posso inoltre dispensarmi dal dire, che in uno dei due casi accennati, e precisamente in quello di Pirani Antonio, ebbi anche a rimarcare cogli occhi sicurissimo l'ondulamento del Senac a traverso gli spazî intercostali. Qual sintoma di alto interesse, meritò pure l'attenzione del Corvisart, comunque egli vedutolo una sol volta, balenasse incerto nel riferirlo se a liquido o se all'azioni istesse del cuore. Però cotale dubbiezza, che rimase a luminosa prova di quanto delicate fossero le osservazioni dell'illustre Francese, presto dileguasi.

Ed invero: l'ondulamento del Senac ha ben donde distinguersi, e dai moti dei muscoli intercostali, e dalle impulsioni del centro della vita organica. Differisce sicuramente da quelli, perchè le azioni degl'intercostali sono omologhe, simultanee ed ascendenti, laddove le ondulazioni, di cui favelliamo, tagliano questi moti, e s'incrociano con essi in molti e differenti andamenti. Differiscono inoltre, poichè la ondulazione pericardiaca insorge sospinta siccome per una forza impulsiva a traverso degli spazî molli. Non potranno poi confondersi coi movimenti del cuore

1.° Perchè questi sono limitati alla propria regione, e quelli trascendono.

2.° Perchè questi sono impulsivi, quelli ondulatorî.

3.° Perchè questi si hanno in sulla sinistra, quelli a sinistra ed anche a destra, ove si stenda il sacco pericardiaco, (come ne occorse di osservare nel caso di sopra citato).

Cotali avvertenze lungi terranno da noi l' errore, e faranno sicuramente costatare il fenomeno di Senac, quando esista, fenomeno pur troppo lasciato quasi in obblio.

Nel far fine a queste poche parole sù cotal punto diagnostico piacemi quì ricordare, siccome uomini di maturo senno, e consumata sperienza in fatto di medicina, redarguiscano la troppa facilità, colla quale si riportano sempre dal volgo de' Medici a neuro-spasmodie certe affezioni oppressive del centro toracico che principalmente investono il debil sesso, e che altro non sono se non idropi del Pericardio, slegate da flogosi, e più o meno pertinaci. Difatti queste vidersi sciogliere per abbondante diuresi, dopochè indarno furono somministrati gli antispasmodici tutti che offre la materia medica; e si notò ordito dalla natura un processo di eliminazione, ben differente dall' implorato sussidio dell' arte. Forse talora come i moti del cuore sono la ragion presentissima di una ipersecrezione del pericardio, quando lo investa una speciale irritazione idrogenetica poco definibile, così espiata quella, le istesse azioni cardiache commoveranno i celeri risentimenti del sistema assorbente, per restituire l'equilibrio perduto.

E la percussione, si limiterà essa a segnalarci solo una ottusità nel petto sinistro, nel caso della idrope pericardiaca senza darci altro lume che specialmente riferiscasi alla cagione produttrice del fatto? No certo: chè gli argomenti plessimetrici valgono quì non solo a costa-

tare la mutezza, ma eziandio tutt'i limiti che la rinchiudono, donde muove una serie di fatti parlanti.

Ed invero: ove giaccia sul dorso lo infermo il liquido pericardico non ricaccerà in alto, ma deprimerà il polmone sinistro verso il cavo costovertebrale così che respinga il viscere, non lo sospinga. Inoltre se la raccolta non sia eccessiva, tutto allo intorno vi sarà e fremito respiratorio e suono polmonare, e potranno definirsi alla linea i punti estremi della pressione. Se la raccolta ecceda, la notizia anatomica dello impianto e della forma del pericardio ci soccorreranno di altre ben preziose notizie. La regione sopra e sotto-clavcare non verranno occupate giammai da questa idrope, e la mutezza prolungandosi sul petto sinistro dal fascio de'vasi alla ima punta del sacco membranoso non cesserà di descrivere una linea obliqua, tanto più eccentrizzata quanto maggiore sarà la quantità del fluido. Il quale fatto notato a riscontro della risuonanza polmonare che si avrà nel dorso e nel lato esterno del petto, quando si facesse sedere il paziente, di molto confortcrebbe il giudizio. Oltrechè lo avvalorcrebbero altri criterî diagnostici nell'armonia de'quali starebbe la certezza del fatto.

Ma tornando a contemplare il soggetto nella giacitura supina, risulta evidente: che se la ottusità plessimetrica non possa giungere al terzo medio ed esterno della clavicola sinistra, ecceda però sempre lo sterno a diritta, cosicchè n'emerga un suono cupo dal margine di quest'osso per qualche pollice, sensibile per tutta quasi la sua verticale distesa. Nè ciò basta: perocchè se giacesse sul dorso il paziente centralizzandosi il gravame del pericardio sul mediastino posteriore, comprimerebbe pure le parti interessanti che vi scorrono per entro, sic-

chè potrebbero insorger fenomeni relativi al circolo per la pressione dell'aorta discendente e dell' azigos; relativi alla deglutizione per l'esofago; ed altri sintomi accrescersi pel decimo paio, per la base della trachea e per molti gangli linfatici, compressi anch'essi.

Ma se il pericardio disteso enormemente da fluido per la sua posizione anatomica si aggravasse sul diaframma, lo che avverrebbe singolarmente allora che il malato stesse eretto del tronco, allora cotesto aggravio ed i fenomeni conseguenti lumeggierebbero di assai la diagnosi. Infatti: il setto trasverso si troverebbe obbligato ad inchinarsi sotto quel peso, i retti addominali a piegarsi allo infuori, costituendo una intumescenza ragguardevole da colpire nell'occhio del medico. La quale, avrebbe pur essa un segnalato carattere nel non congiungersi gran fatto *alla tensione eccentrica* degl'ipocondri, fenomeno da me osservato in simile congiuntura ed apprezzato altamente, perocchè la tumidezza ipocondriaca di molto rilievo sarebbe indivisibile da quella epigastrica, se la ragione del centrale intumidimento muovesse dai visceri contenuti nella zona epigastrica. Il fegato s'incontrerebbe abbassato col suo lobo sinistro, lo stomaco vieppiù respinto indentro ed in basso, di guisa che la sonoreità di tutti questi visceri lesa e fuorviata da un aggravio centrale, ne ammaestrerebbe della cagion produttrice, sendo facile lo escludere altre sorgenti. Quindi argomentasi assai di leggeri quale alto valore assuma il plessimetro in cosiffatta vicenda; e da tutto questo s'intende anche il perchè, un malato oppresso di enorme idro-pericardia, sembri talvolta ritrovare un conforto alle sue sofferenze nella giacitura eretta ed inclinata alquanto allo innanzi.

Parecchie delle osservazioni dettate dal Pigeaux[1] su questo argomento, cadrebbero sotto una critica severa: ci passeremo dal farlo, perocchè fin da quando questo autore commise la sua deplorabile ammenda, parve meglio un satellite che uno scrittore indipendente.

Di tal guisa ragionando della idrope del Pericardio, non facemmo sin quì che studiare i modi onde può annunciarsi per eloquenti sintomi tal morbosa vicenda, senza far motto che può darsi, oltre il versamento flogistico, una raccolta per cagioni effettrici tutto affatto diverse. Ma quivi sendo esclusiva quistione di flogosi, non potremo che semplicemente annunciare, siccome la idropericardia possa prodursi qual effetto di laborioso circolo, di ristagno venoso, di preponderanza linfatica, di depressa eccitabilità cardiaca, di condizioni plastolliche differentissime ec. Ed i giudizî clinici ed anatomici non abbisognano venire confortati in somiglianti congiunture di precetti differenziali, tanta essendone e così limpida la copia che ne scaturisce, vuoi dallo esame pratico antecedentemente istituito sullo individuo, vuoi dalle condizioni del latice che sul cadavere si toglie ad esame. Imperciocchè niuno havvi che ignori qual possa essere lo esterno aspetto dello stravenamento inflammatorio, se per poco conosca la intimità del processo o l'andamento fisio-patologico del medesimo: onde la opacità maggiore o minore, la spessezza, la gravità specifica, la presenza di fimbrie, di lacinie, di granuli, di cellule epiteliali o pioidi o purulente secondo la diversa natura loro, avvertibili sotto il doppio esame utilissimo dell'occhio nudo ed armato.

[1] Trattato pratico delle malattie del cuore.

§ VII. Increndo alla divisione generale anatomo-patologica della Pericardite in *secca*, *umida* e *mista*, l'ultima è quella che presentando lo essudato ed il versamento, dà luogo a qualche criterio sensibile speciale. E primieramente commuove il già sopra notato gorgogliamento pericardiaco. Il fluido denso ed in copia discreto, balestrato dai moti del cuore, e refratto dalle briglie adesive e dalle asprezze di una superficie scabra per chiazze rilevate, o spesse granulazioni, prolunga la impressione sensibile oltre la riscossa del cuore, e desta quel rumore che i francesi dicono (clapotement), il quale allorchè rinvengasi è carattere univoco della forma. Esito misto

Ma nel valutare questo gorgogliamento, additato qual sintoma di Pericardite pseudo-idro-plastica, egli è mestieri si avvisi ad una sorgente di errori. Alcune volte ho veduto in soggetti nervosissimi, come giovinette isteriche ed uomini ipocondriaci, tendersi soprammodo lo stomaco, sospingere il diaframma, ed ho udito il cuore pulsante al di sopra destare a gorgoglio i liquidi contenuti nel ventricolo. In cotesta congiuntura a chi bene non avverta, può quel gorgoglio sembrare pericardico, ma si evita lo errore primieramente segnalando col mezzo della percussione lo esorbitante volume dello stomaco disteso da gas, in secondo luogo avvertendo la esistenza di questo gorgoglio precisamente partire dal fondo della regione gastrica. Non ha guari la signora C... D... presentommi distintamente siffatto fenomeno in mezzo a turbe convulse che sparsero un falso allarme nella famiglia. Essa, invitata da me, con un volontario conato onde comprimeva e alleggeriva a talento per mezzo del diaframma lo stomaco, valse a ridestare quel gorgoglio, lo che dimostrato, ridonò alla tranquillità gli ansiosi parenti.

Ognun vede che cotest' avvertenza è solo necessaria allora che trattisi di Pericardite occulta. Dopo questo ci cade in acconcio anatomicamente avvertire, che siccome la pleurite mista può dar luogo al vero empiema, la pericardite mista così, può generare la *Pio-pericardia*, organizzando le false membrane ed aprendo per esse un filtro alla materia purulenta. Il caso a dir vero è remoto, giacchè in 50 esempî circa di pericardite, che io tengo annotati dall' uso lunghissimo del cadavere, non è stato che due sole volte siami occorso verificarlo. La ragione della rarità sembrami collocata appunto nelle continue mosse del cuore, per le quali le superfici assorbenti restano potentemente eccitate, nè si permette loro quella dimora prolungata e tranquilla che pare necessiti alla formazione di una zona piogenetica. Quindi trovo giustissima la osservazione di Lebert, che nelle Pericarditi occorra di rado il globulo purulento. Negli esempî però da me accennati, il fluido cremoso, biancastro, omogeneo, diffluente a strie, ed una volta lievemente rosato per un nonnulla di sangue intermisto, non permettevano alcuna dubbiezza; e tanto meno la ispezione del pericardio addensato, irto e sodo per istrati pseudo-plastici, trascorsi visibilmente da' vasi, e gementi, sotto la pressione delle dita un liquido analogo al contenuto nel sacco. Si aggiunga la superficie del cuore depasciuta da una forma ulcerosa, lo infiltramento di pus negl' interstizî muscolari visibili a nud' occhio, ed eccoci accreditati ad ammettere lo infrequente caso, di cui trovai forte analogia in una istoria registrata dal Rokytanski.

Aderenze

§ VIII. Riprendendo ora il filo degli esiti della pericardite, se invece dello stravenamento sieroso, o poi che venne riassorbito, rimangano vivi i getti plastici

della flogosi pericardiaca, è allora che dalla superficie viscerale alla membranacca, e viceversa, si stabiliscono dei tralci filamentosi, in origine sottile e molli, e col progresso del tempo grossi e robusti, che uniscono innormalmente le due pagine della membrana. Riguardo al modo ponno distinguersi le *connessioni* dalle *adesioni*. Chiamo connessioni, quelle che si operano a distanza e che non ostano gran fatto ai liberi movimenti del cuore. Di esse io ne rinvenni parecchi esempi, la cui sola veduta si confortava eziandio di un valore cronologico per farne avvisare con sicurezza più o meno recente la epoca della formazione loro.

Questi tralci pseudo-plastici passando tutte le fasi, che tanto accuratamente vennero descritte da Cruvelhier, giungono finalmente alla organizzazione cellulare, e non rado allora vi si scontrano vasi di nutrimento. Fra i molti, ricordo specialmente un caso nel quale giunsi a poter diagnosticare la connessione della punta del cuore all' angolo esterno del pericardio. Preceduta la forma flogistica sulle sierose toraciche nel doppio rivolgimento loro, e seguitane per opera di una pericardite parziale la connessione del cuore al pericardio, ed insieme del pericardio allo spazio intercostale contro cui smucciava l'apice cardiaco; tanta era la robustezza del tralcio connettivo, che nello stante della sistole si vedea nettamente retratto il tessuto esterno lasciando a volta a volta nel movimento, una specie di cavità digitata.

Questo fenomeno fu pure avvisato da Skoda, il quale però ne avverte giudiziosamente contro gli asserti di Williams e Sibson; che non bisogna arrestarsi sulle depressioni intercostali semplici e permanenti, potendo esse appartenere ad altre condizioni anatomo-patologi-

che, ma occorre verificare effettuarsi tal depressione nello stante, in che l' apice cardiaco non pulsa di contro alle costole, ed aggiunge; ch'egli vide una sola volta analogo fatto circa la regione diaframmatica, sendo il cuore spostato quasi verticalmente. Suppone però non inverosimile lo impedito innalzamento del setto trasverso quando il cuore abbia contratto mediate aderenze collo sterno; ciò che noi riteniamo impossibile, stanti i movimenti continui del diaframma più ricisi in tal congiuntura per la respirazione sospirante ch' è sintoma quasi indefettibile nella Pericardite. Nè consentiamo colla sua larga conclusione, laddove si crede autorizzato alla diagnosi dell' aderenza cardio-pericàrdica, quando rimanga ottusa sotto la percussione l'area cardiaca, sebbene si compia l' atto della ispirazione, non potendosi com' ei dice, aver altro rapporto tra il moto sistolico della base del cuore e le pareti superiori del petto.

La diagnosi adunque della Pericardite, com' è già chiaro da quanto dicemmo sin quì, esigge pure la diagnosi accurata degli esiti tanto piú quanto meglio è stabilito coesista assai di spesso il processo flogistico tuttora inespiato, col nascimento di quelle condizioni anatomo-patologiche che si nomano in complesso, esiti della medesima. Così la cognizione degli esiti è o controprova fedele dell' antecedente, o della coesistente flemmasia. Nel primo caso ci ammaestra una volta di una localizzazione che prima ci fu impraticabile, nel secondo ci scorge insieme alla diagnosi, ed alla cura.

Nella pericardite mista occorrono adesioni a distanza. Ma se il fluido riassorbasi e trovinsi a contatto le superfici scabre della sierosa, quando tra gli essudamenti un ordine nuovo di vasi si eresse a vivificarli, accade

che stringano dappresso un' aderenza mutua. Quindi l'adesione può esser parziale o generale. Ho quattro casi di aderenza completa del pericardio al cuore. Essi mi addimostrarono cotal condizione non osteggiare essenzialmente la vita, nè recare la necessità di talune conseguenti alterazioni cardiache, siccome fu preteso da qualche scrittore di grande rinomanza.

Studiando poi le aderenze parziali, queste io le rinvenni ovviissime sull' alto fascio de' vasi, ove cioè si protendono le corna pericardiache; poi sulla base anatomica del cuore; infine sull' apice od in qualche altro punto della superficie. E qui torna necessariamente il discorso di quelle macchie albicanti che tennero occupato Corvisart, e che sì di leggieri trovansi nei cadaveri. No per fermo, che non vanno tutte considerate siccome documenti superstiti di una passata flogosi del ricettacolo membranoso. Imperocchè talune fiate sia il succo nutritizio della membrana fibro-sierosa che addensò. Talaltra sia uno strato esterno di parti concrescibili che già disciolte nei sieri, col riassorbirsi di quelli, si stratificarono sulla superficie esocardiaca: infatti si distaccano coll' unghia rimanendo illeso il sottoposto velamento sieroso. Infine possono spettare ad un processo di vera flogosi, che abbia stipato, opacato e sopraccresciuto la membrana di sua natura sottile e pellucida.

La diagnosi delle aderenze pericardiche è piena di oscurità. Ed in vero: allorquando il cuore sia innormalmente imbrigliato al pericardio (parlo delle connessioni) può essere, o che queste siano così brevi e robuste da impedire le azioni libere del viscere; o tanto lasse ed arrendevoli, sebbene di antica formazione, da osteggiarlo nulla o pochissimo nelle sue movenze. Questo se-

condo caso, lucidamente mi fu dimostrato dal cadavere, ove io ho trovato una volta una zona levigatissima che dal margine del sinistro ventricolo si protendeva al pericardio per la lunghezza di un pollice e mezzo circa, ed altra volta un robusto cordone fibroide, anch' esso levigatissimo, lungo sulle dieci linee, che dal rafe cardiaco s'impiantava sul punto corrispondente del ricettacolo membranoso. Il primo di questi apparteneva ad un soggetto morto da gravissima pneumonite posteriore destra, passata ad epatizzazione grigia, esso durante la vita non presentò pur ombra di abnormità cardiomotrice; l' altro spettava ad una vittima di gastroepatite, e che volgendo il suo male non mi porse alcun sentore di questo imbrigliamento. I cordoni adunque, o le fascie levigate arrendevoli a' moti viscerali per ciò che sono, spettano molto più alla storia anatomo-patologica, di quello che alla clinica. Però quando ne occorra il contrario, specialmente in certe posizioni, havvi allora a testimonio indefettibile un vero disordine sui movimenti. Disordine, che può verificarsi in amendue i moti, diastole e sistole; ma che per lo più avversa la contrazione. Come ciò avvenga, è facile argomentarlo. Difatti nel caso che noi incontrammo, in cui si rinvenne la punta del cuore connessa alla estremità del pericardio, caso che vide a sua volta lo Skoda, lo imbrigliamento dell'apice cardiaco osteggiando il retrarsi di esso, non poteva in guisa alcuna avversarne la discesa; perocchè sia questa costituita dalla diastole, ovvero da quel movimento poderoso, onde avviene che il cuore si appressi per ogni dove al pericardio. Ma in tale atto cardiaco eziandio potrebbe occorrere lo impedimento, ove si desse

il fatto di una ipertrofia pericardiaca e di un'aderenza tenace, di cui non è quivi che facciamo discorso.

I danni che intervengono al cuore avversato nel compiere della sistole, ed i modi onde questo avvenimento potrebbe essere segnalato, ci si parano molteplici. Conciossiachè, non effettuata ricisamente e potentemente la costrizione de' diametri cavitari, sia giuoco-forza rimanga nell'atrio parte del sangue che doveva esserne espulso. Il sopraggiungere dell' onda novella, trovando nel cuore ingombra parzialmente la cavità, entro cui per la *vis a tergo* sarebbe forzata a discendere, prepara gravi onte all'organo-muscolo, che per lo più riescono a dilatarlo. Intanto però, l'osteggiato movimento sistolico, non avendo una guisa onde appalesarsi all' orecchio, per essere cotesto moto di sua natura afonetico, non farà a tutte prime che stabilire un disquilibrio palese, tra la diastole vascolare, che sarà fiacca, e la cardiaca che sarà per contrario robusta. La successione de' battiti dovrà col tempo allontanarsi dalla normale vicenda, e se il caso fosse di quelli, in cui una flogosi adesiva investito avesse le zone mediastiniche e pleuriche, le retrazioni sistoliche potrebbero esser visibili anche allo esterno. Giovano peraltro immensamente al pratico in cosiffatte occorrenze tutti i dati istorici; perocchè, il fatto in quistione sarà recente od antico?.. Se recente, la cognizione anticipata di questi possibili avvenimenti, la esclusione giudiziosa delle più note forme patologiche, daranno, se non l' assoluto diritto al giudizio, almeno la più grande ragionevolezza al sospetto. Se antico, allora od il legame è di tali che profondamente si oppongono al fisiologico meccanismo del circolo, e le necessarie fatali conseguenze saranno avvertite come fatto attuale e saliente dal me-

dico osservatore, o no; ed allora ritorna il soccorso anamnestico, la esclusione delle malattie più note, e l'arra pel futuro dallo abituato disordine.

Le aderenze peraltro vogliono essere contemplate con maggior accuratezza, come quelle che s'incontrano più facili degl'imbrigliamenti lesivi. L'aderenza del cuore al pericardio può essere completa od incompleta. La prima di assai più rara, sebbene da taluno si reputasse inconciliabile colla vita, pure da esempî ben dimostrati, oggidì si debbe ritenere conciliabile. Però con qual vita? Inoltre in tutt' i casi pratici è mestieri di fare le opportune distinzioni anatomo-patologiche, le quali torneranno rilevantissime dinanzi alle obbiettive dei danni ch'emergono da quelle al paziente. Il pericardio aderito al cuore può essere così, che o rimanga normale nella sua densità, o risulti aumentato pel fatto di una pericardite parenchimatosa, od assottigliato per minorata nutrizione, dopo l'avvenuta aderenza. Queste vicende sono poste al chiaro da fatti ben costatati. Nell'ultimo di essi, niuno non vede, come lo invoglio reso una cosa istessa col viscere, non potendo in guisa veruna presentargli ostacolo a'movimenti, ne segua le vicende tutte, senza punto lederne le azioni motrici. Nell' altro, ossia quando rimane il pericardio allo stato pressochè naturale, non può in alcun modo negarsi, che debba il cuore risentirne danno, dappoi che si presenta l'adesione del pericardio siccome un'ostacolo per quantunque non poderosissimo. Quinci addiviene che a vincerlo si stabilisca quasi provvidamente una contingenza morbosa, ed è quella della Ipertrofia. Per converso: tutte le volte che la connessione immediata di un pericardio ispessito di molto sopra la sua densità, non permetta più all'organo

muscolo la effettuazione libera dell'atto sistolico, finisce quasi necessariamente, siccome dicemmo, col dilatarne le cavità. In questo vero teorico-pratico, stà tutta la ragione di fatti contrarî, rinvenuti e comentati diversamente da classici scrittori, fino a rilevarsene sull'argomento un'antitesi di giudizî. Cruvellhier nel suo trattato di Anatomia Patologica del corpo umano ricorda, siccome Beau in una eccellente memoria, cui fece il titolo di « *Ricerche di Anatomia-patologica, riguardanti una forma particolare di dilatazione e d' ipertrofia di cuore* »[1] procurò stabilire: che ne' casi di aneurisma con aderenza del viscere, l'aneurisma fosse consecutivo all' aderenza, anzi un effetto di essa. Veniva a tale asserto, dopo la verifica di cinque esempî, ne' quali vide - aderenze e dilatazioni -, esempî che gli furono di stimolo e ricercarne altri molti a conferma. Ed invero, rovistando le diverse opere, gli venne fatto trovarne quarantatre di aderenza del pericardio al muscolo, ne' quali, ben trentacinque volte si era notata la dilatazione cardiaca. A questi trentacinque aggiungeva egli i cinque suoi, ed aveva così la cifra di quaranta sù quarantotto casi di coincidente dilatazione « Da questo, Beau non esitava « concludere (dice Cruvellhier) che nei casi di coinci- « denza, di adesione e dilatazione del cuore, l'adesione « dee riguardarsi sempre come preesistente alla dilata- « zione, avvalorando questo giudizio sù di un passo del- « l' Haller. [2] *In pluribus exemplis, peramplum cor fuit* « *cui pericardium connatum esset; male enim contractum* « *male evacuatur* ».

Questo modo di ricerche e queste conclusioni non

[1] Archives generales de Medicine. Avril 1836.
[2] Elementa Physiologiae. Tom. 1. pag. 289.

possono certo francheggiare gli animi usi all' analisi degli avvenimenti possibili, dopo l' acquisto anticipato delle necessarie dottrine. Difatti ognuno sà che havvi una pericardite de' cardiopazienti; pericardite che può benissimo aver esito di aderenze, e tanto meglio quanto è più vero, che lo invoglio membranoso sia più immediato o contiguo al cuore aggrandito, che non al normale; cosicchè da' relitti soli cadaverici, chi potrebbe argomentare se la pericardite precedette alla ipertrofia con dilatazione, o se questa a quella?.. In tali ricerche l'anamnesi esatta potrà valere tanto sul vivo, quanto varrà sul cadavere la ispezione del pezzo patologico, se non forse di più. Per lo chè circa il primato dello svolgimento morboso, rimarrebbe sempre un mistero, ove non ci fosse conto che Tizio non presentò giammai verun sintoma di cardiopatia organica, prima di aver sofferto dello attacco flogistico del pericardio.

A cui debbesi aggiungere ; che queste istorie dovevano essere particolareggiate sotto il punto di vista del grado adesivo, delle condizioni enchimatose del pericardio, dello imbrigliamento o dell' adesione, per poterne inferire giudizî esatti, confortati della storia de' fenomeni che si avvisarono durante la vita.

Riguardo poi alla teoria espressa da Bean e commentata da Cruvellhier nella quale si dice « Nel primo periodo della pericardite, il sacco del Pericardio disteso dal liquido versato, acquista un volume considerevole » occorrerebbe supporre che Bean non riconoscesse altra forma di Pericardite, che quella *umida:* lo che sarebbe errore madornale cui riluttano continuamente i fatti. Di più, che il versamento avvenisse sempre nel primo periodo, lo che sarebbe un secondo errore assai grave.

Prosiegue così « in seguito scomparisce questo li-
« quido, e viene rimpiazzato da una pseudo-membrana,
« che stabilisce l' aderenza tra la lamina parietale e la
« viscerale » Per ammettere ciò occorrerebbe dire, che due fossero state le forme pregresse la *umida* prima e la *secca* poi. Ma chi potrebbe concedere necessaria questa successione di fasi così distinta?.. Tutti per lo contrario confesseranno, darsi una forma *mista Idro-pseudo-plastica,* ed allora come non vedere ad un tempo lo essudato e lo stravenamento, onde gl' imbrigliamenti più che le adesioni?

Continua « Da quest' aderenza risulta un doppio mo-
« vimento di trazione, operato dalle false membrane, uno
« de' quali si esercita sul sacco del pericardio che vien
« tratto dallo in fuori allo indentro, l'altro sul cuore istes-
« so, il quale vien tratto in senso inverso, cioè dallo inden-
« tro allo infuori; e questa trazione del cuore facendosi
« egualmente sù tutta la superficie, ne risulta una dilata-
« zione proporzionale a tutte le cavità di quest' organo:
« più in aggiunta a dette cause, è anche a valutarsi la
« tendenza che hanno naturalmente il pericardio ed il
« cuore a ravvicinarsi tra loro per prevenire la forma-
« zione del vuoto; che rapporto alla ipertrofia del cuore
« la quale in molti casi complicasi colla dilatazione, dee
« questa ritenersi qual risultanza degli sforzi che il cuo-
« re è costretto ad impiegare onde espellere la esuberan-
« te quantità di sangue, che in esso si raccoglie, e per
« resistere alla trazione esercitata sù di lui dalle briglie
« che l' uniscono al pericardio ».

Non avendo consentito all' Autore ne' primi anelli della sua teoria, ei potremmo passare di commentarne gli ultimi, ma nol faremo senza ancora seguirlo con

brevi parole. Quì noi non vediamo che una spinta immaginosa del pensiero sopra un campo fisio-patologico, se non trascendentale certo rarissimo ad incontrarsi: spinta o volo fantastico che arridendo per avventura ai teorici, è sospetto per lo meno agli uomini di pratica. Difatti egli tiene parola di un'aderenza pericardiaca uniforme, consentita nella eguaglianza anatomo-patologica da un viscere che si esercita in movimenti non interrotti, e più o meno gagliardi. Non si fà distinzione dei modi onde il pericardio adeso, potrebbe osteggiare veracemente il muscolo principe semovente. Si fissa una obbiettiva se non impossibile, certo improbabile, e si misura un' azione contraria di due forze a se traenti, veggendo o supponendo che da una parte si fiacchi la resistenza e dall' altra non mai. Non può secondo me ritenersi Beau autore di una tesi, ma di una ipotesi.

Dette le opportune avvertenze e le critiche sul fatto in quistione, vediamo quali possono essere gl' indizî ed i criterî che ci soccorrano nella diagnosi dell' aderenze del cuore al pericardio. Già l' insigne Morgagni nella lettera *Anatom. Med. XXIII* aveva illustrato questo argomento. Dapprima ci avverte, siccome l' adesione intima degli invogli al cuore ebbe tratto allo inganno della pretesa mancanza possibile del pericardio, uomini versatissimi nelle cose mediche; e dice come Lancisi, Haller ed altri avvertissero nella guisa istessa. Ed invero Lancisi, ha una proposizione esplicita enunciata così « Falsi sunt qui pericardium aliquando defuisse disseruerunt ».

Pretende poi Morgagni che la *palpitazione cardiaca*, avvisata qual fenomono del cuore adeso alla sua custodia, ne fosse indipendente. Quindi, sebbene parli con riverenza di Boerhave, non fà buon viso a quelle parole

« visum est cor cum pericardio connatum post miseras « angustias et palpitationes homines occidisse » sebbene Boerhave in questo luogo ripetesse la sentenza di Peyer. Così del pari a Ballonio, che avendo conosciuta l' adesione cardiopericardica dal 1578 aveva scritto « Accersitus D. Duretus... omnis palpitationis cardiacae cau« sam aut in oppressione aut in *excussione* ponit. Illa « est cum malum in corde est aut circum cor ; ut cum « nimia aqua inter pericardium crevit *aut cordi pericar-* « *dium adhaerescit* ». E quì pure l' avversata autorità si raddoppia. Ma tanto a queste, come alle concordi parole di Dionisio di Wieussenio di Treindio; oppone e Lancisi, e Cantio ed una serie con essi di nomi rispettabili, e soggiunge; che in 45 casi ebbe il risultato che siegue. In 6 non si parla di fenomeni morbosi; in 24 non si annuncia la palpitazione, ed in 15 sì.

Questo avviene peraltro quando i casi osservati si accampano sotto lo enunciato sintetico « Aderenza del pericardio al cuore » e non sotto quello analitico delle modalità graduali per estensione, per forza ec. dell'aderenza medesima sù le varie condizioni organopatiche del viscere. Perciocchè ecco Corvisart di contro a Morgagni, e il giudizio anticipato di Senac di contro a quello di Corvisart: ecco Ballié, Selle, Mekel e Testa ammettere il fenomeno ad onta dei grandi contradittori. Il modo finalmente col quale Kreysig balsa fuori della questione è grottesco. Esso dice « Il risultamento pertanto di queste ricerche sarebbe, che in caso di aderenza del cuore al pericardio, si manifesta non già una vera palpitazione di cuore, ma bensì una violenta pulsazione nel petto ».

Ma se da sì grandi autorità, cui pure debbesi aggiustare la fede, scaturisca un vero consolidato dalla

sperienza e dalla voce di quanti sommi seguirono quei primi, debbe argomentarsi così: che il fenomeno della palpitazione ora si verifichi, ora no. Si verifica, quando ne coesiste una cagione produttrice, cioè la ipertrofia viscerale.

Posta da banda la palpitazione, vediamo quale altro fenomeno possa intervenire. Si è detto il *tremor cordis*, e qui Morgagni acconsente, e con lui Senac, Sparghengerb ed altri. Ma il tremor cordis è sintoma di aderenza? Lo è come lo sarebbe la palpitazione. Difatti in quant' individui nervosi non ci avveniamo nella pratica che presentano cotesto fenomeno senza che se ne possa in alcuna guisa ammettere per cagion produttrice l'anzidetto guasto organico? In quante ectasie non si scorge il tremito del cuore, senza ch' esse congiungansi alla conglutinazione del pericardio col viscere?...

Consultando i più recenti Scrittori sull' argomento, noi troviamo pochissimo cui possa fidarsi la diagnosi delle aderenze in discorso. Bouillaud si franca dell' ostacolo dicendo « Je ne connais ancore aucun signe certain « qui puisse faire reconnaitre en particulier l'existence « des adherences du pericarde [1] » Accenna in nota le parole di Sander sul proposito, che si riducono a designare *la esistenza di un movimento perpetuo di una fortissima ondulazione che si mostra più in basso di quella che si sente naturalmente nella regione del cuore*, e ne dà ragione con alquante parole scritte così « Pendant la contra« ction simultanée des ventricules, la pointe du coeur « s'eleve en avant, et doit entrainer en haut la partie « inferieure du pericarde avec le diaphragme et tout

[1] Bouillaud Exposition des Symptomes de la Pericardite – Traité Cliniques des Maladies du Coeur. Seconde Edition.

« ce qui lui est adherent, et en meme temps se dessine « un enfoncement sous le cotes ganches de la region su« perieure du ventre; dans le mouvement suivant, les « ventricules se dilatent, la pointe du coeur se meut « subitement en bas, et n' etant pas dans un espace li« bre, comunique actuellement au pericarde adherent, « au diaphragme et aux autres parties, le choc qui est « sensible a l' exterieur par une petite elevation qui se « dessine dans le meme endroit, ou peu auparavant « c'etait formée la concavité, et qui s'entend pourtant « un peu plus bas ». Bouillaud peraltro dice di non avere incontrato le osservazioni di Sander.

Accenna piuttosto il Clinico della Carità ad una *depressione che accada sulla esterna regione precordiale,* allorquando abbiavi il caso dell'aderenza; non altrimenti di ciò che si conosce intervenire nell'aderenza pleurica di antica data, e racconta averne osservati cinque o sei casi.

Ognuno facilmente di per se giudica cotesti non criterî, ma indizî, ed indizî singolari, di modi singoli coi quali potè aver luogo l'aderenza del pericardio al cuore. Quindi rinunziando pure a quel saggio scetticismo che aver si debbe in medicina prima di ammettere cose nuove, ed essendo che anzi dispostissimi a ricevere le parole di Sander e Bouillaud, non maraviglieremo se Bouillaud ingenuamente confessi, non aver incontrato nella estesa sua pratica i fenomeni descritti da Sander, e Sander non faccia motto della depressione avvertita da Bouillaud.

Hope accennò a questo proposito un *impulso a doppia scossa* che si risente nella regione cardiaca. Stokes confessò di non averlo trovato, e si ripetè di tal guisa

in Inghilterra tra Hope e Stokes, quello che vedemmo avvenuto in Francia tra Sander e Bouillaud.

Il fenomeno additato da Hope, io lo rinvenni chiarissimo presso un infermo nell'Arcispedale di S. Spirito, visitato da me in compagnia del Chiarissimo Dottor Pietro Galli medico primario. Scontratolo, ci fu scorta sicura alla diagnosi dell' aderenza, che venne confermata dal cadavere. Però debbe avvertirsi che quest' aderenza era parziale, occupando la porzione cardiaca laterale e posteriore sinistra, liberamente ondeggiando l' apice nella cavità. Potrebbe adunque per noi il sintoma di Hope ritenersi sicuro in cotesta specie aderenze; ed ecco novellamente confermato come la variabilità del fatto abbia pure una variabilità fenomenale. Tempo forse verrà, in cui quivi pure vedremo la precisione diagnostica innalzarsi a' sommi gradi. Del resto il fenomeno debb'essere sceverato da talune altre origini onde potrebbe aver vita, parliamo cioè del soprassalto cardiaco da nervosismo, e della esistenza di un tumore aneurismatico dell' aorta discendente nel torace, che si trovasse col sacco dietro immediatamente al cuore. Noi difatti abbiamo una istoria di questo caso, nella quale durante la vita presentò lo infermo una doppia scossa a riprese nella regione cardiaca, prodotta sicuramente dallo impulso diastolico del tumore, impresso al cuore immediatamente allo impulso diastolico de' ventricoli. Vero che quivi la esistenza della notata infermità organica avrebbe sintomi onde farsi conoscere; ma vero puranche che non sempre sono così lucide, come a prima vista compaiono, le diagnosi degli aneurismi dell' aorta discendente per entro al torace, quando la condizione patologica abbia risparmiato d'interessare l'arco della grande arteria

e di esereitare le sue compressioni sui vasi e sui nervi del braccio sinistro. Anche il dubbio è scientifico e spesso ha preceduto una dottrina differenziale esatta !

Stokes dice « la diagnosi di un' adesione al pericar« dio può facilmente compiersi, non però per qualche se« gno diretto della condizione istessa, ma per il fatto « dell'aver osservato il trasudamento della linfa con o « senza liquido, succedere in un sacco sieroso. Io dubito « fortemente che esista qualche segno fisico dell'aderen« za del pericardio [1].

Questo è presumere una diagnosi non è provarla ! Aran [2] entrando nell'argomento incomincia dal raccontare quello che tutti sanno, cioè a dire che la pericardite acuta per lo più, e qualche volta la cronica, e le affezioni organiche del cuore provocano l'aderenza del viscere al sacco. Seguita di questo tenore col ripetere, che le aderenze si formano per mezzo di pseudo-membrane senza liquido o con pronto assorbimento di quello. Consente così a quelli che negano alterarsi la salute per siffatte aderenze, come a quelli che vogliono si alteri per necessità, dall'avvenuta coalizione. Egli però dà il suo voto di fiducia a questi ultimi. Descrive cangiamenti morbosi nella nutrizione del cuore, e dice a questi doversi il danno maggiore. Non gli sembra molto ragionevole lo ammettere che taluni fanno dietro le aderenze, anche i cangiamenti di sede del viscere. Ci ripete che in taluni casi vi ha palpitazione e tutt' i fenomeni dipendenti dalla malattia cardiaca, suscitatasi dopo il fatto patologico di cui favelliamo. Tiene proposito inoltre di fenomeni avvisati fin quì come poco certi e come della

[1] Stokes – Malattie del Cuore e dell' Aorta.
[2] Arch. General de Medecine. Avril 1841.

depressione del petto durante i battiti del cuore avvertita da Sandèrs, e Kreysig, così della elevazione della punta del cuore e della maggiore o minor ottusità della regione precordiale e della fievolezza de'suoni cardiaci. Scorre colla stessa critica le osservazioni di Hope, cioè, la cessazione del rumore di sfregamento, la non accresciuta ottusità, i battiti violenti e saltellanti. Ci dice finalmente il segno ritrovato da lui che è « *la più o meno completa mancanza del secondo rumore* » e lo spiega, per le aderenze del pericardio che debbono impedire moltissimo la dilatazione de'seni e rendere perciò debole il secondo *rumore* (com' ei si esprime) il quale sta in relazione diretta coll'ampiezza di questa dilatazione! Se il trovato fosse vero come la spiegazione che ne dà, non avremmo fatto un grande acquisto!..

Ma logica ritenendo la presunzione di Aran riguardo all'oscuramento del secondo suono, è mestieri spiegarla sotto la valutazione esatta de'suoni e movimenti cardiaci. La sistole assai più che la diastole debb'essere osteggiata da un' aderenza pericardiaca, nella quale il sacco ritenga la sua normal densità o ne abbia acquistata una anche maggiore. Or bene: siccome il secondo suono sta nella diastole de'seni e dell'arterie coincidenti, ed omai ci confidiamo averlo chiaramente dimostrato, così è a presumersi che la diastole arteriosa sia esile sotto lo incompleto contrarsi del ventricolo, e soffra l'auricolare nel suo meccanismo che debb' essere collegato alla libertà delle azioni universali del cuore.

Valgono pure a qualche cosa taluni corollarî dello scritto di Kennedy, che dovrebbero ripetersi in assai più vasta proporzione.

In esso ci ammonisce che i danni alla salute per le aderenze suddette, intervengono come 30: 50.

La ipertrofia è di tutti più ovvia
La dilatazione in un quarto de'casi
L'atrofia di raro

Da quello ch' è fin quì detto rilevasi:

1.° Che l'aderenza generale o parziale del pericardio al cuore non ha verun sintoma speciale, individuo.

2.° Che può verificarsi con fenomeni eguali e contrarî a quelli che furono a volta segnalati da taluni scrittori di fede degnissimi.

3.° Che questo evidentemente dipende dalla esistenza del fatto sù condizioni organopatiche diverse e contrarie, le quali non potevano avere che manifestazioni sintomatiche diverse e contrarie, come rilevasi dalla storia critica tessuta fin quì.

4.° Che la diagnosi finora è presuntiva.

5.° Che si presume tanto più logicamente quanto è meglio provato che lo individuo sofferse una pericardite genuina.

6.° Che la presunzione logicamente cresce, quando si verifichi un fenomeno straordinario qualunque dei tanti narrati, sopra un soggetto, che innanzi la pericardite, non dette giammai alcuna prova nè subbiettiva nè obbiettiva di organopatia cardiaca.

7.° Che si aumenta ancora sulla esclusione certa del retaggio e della predisposizione per qualunque altro fatto lesivo del cuore.

8.° Che si conforta vieppiù se il fenomeno suc-

cessivo alla pericardite sia straordinario, o a meglio dire, non sia un fenomeno usitato alle note forme morbose del viscere organicamente leso.

9.° Che raccolte tutte queste ragioni di presumere nette e concordi, all' altezza de' nostri tempi, possono ritenersi in gruppo, siccome una prova.

Essudati aspri liberi.

IX. Considerato il versamento e l'aderenza non dobbiamo passare in silenzio come taluna fiata senz' avere indotto coalizione, possano rimanere per essudati multipli granulari o placcati, scabre le pagine del pericardio, ed il rumore che se ne ingenera colle sue differenze, persista a testimonio di una flogosi passata ad un esito di questa natura,

Del quale ben singolare avvenimento noi possediamo tre istorie in individui che ci vennero esaminati per tutt' altra contingenza patologica. Due però riferivansi a pleurite posterior laterale sinistra, e l' altro a pericardite. Uno di quelli venuto a morte, presentò una cisti di figura triangolare coll' apice in alto e la base in basso accomodata sulla volta diaframmatica, le cui interne pareti erano di singolare scabrezza e presentava al fondo un detrito di sostanza organica. Ho portato questi casi di pleurite, perchè l'analogìa può valere anche pel fatto dell' attuale argomento, sendo a ritenersi anatomicamente eguale la natura di cotesto relitto; conciossiachè, sia lo stesso processo che ebbe luogo sopra membrane della indole istessa. Anche Bouillaud sembra accennare il fatto identico, là dove si occupa de' segni statici di aderenza cardio-pericardiaca.

IX.ª Coi versamenti e co'pseudoplasmi può nel pericardio aver luogo sviluppo di aria. Dicesi pneumo-pericardia. N' è doppia la origine; o da prossimi visceri, come il polmone e lo stomaco emana questo elemento, e s' insinua nella custodia del cuore per la via di seni fistolosi; o sviluppa spontaneo dai materiali flogistici raunati nel pericardio. Noi non possediamo istorie di questa natura: però nel pubblicare una nota medica [1] segnalammo un tinnito metallico che si ridestava ad ogni pulsare dell'apice cardiaco, e che fu norma alla diagnosi di un versamento saccato nella pleura corrispondente alla estremità del cuore. In cotesta raccolta convenivano gli elementi idonei a destare il sorprendente fenomeno. Accenniamo a questo caso, perchè siccome il giudizio della idro-pneumo-pericardia si conforterebbe per certo sopra un trovato sintomatico di tal genere, sieno cautissimi gli studiosi della diagnosi, avvertendo potersi lo speciale sintomo da tutt' altra cagione ingenerare. Ma non isfugge ad alcuno, che nella congiuntura di questa condizione patologica del pericardio, l'ascoltazione e la percussione abilmente riunite darebbero al giudizio una forza quasi ineluttabile, quando fosse ben circoscritto il fenomeno in quanto alla sede. La presenza dell' aria nel pericardio dovrebb' esserci dunque infallantemente rivelata, e dal suono aereo od idro-aereo incontrato sotto la percussione eseguita con esattezza di cognizioni anatomo-topografiche , e dal tinnito metallico insorgente per la riscossa del cuore. Pneumopericardia

Ma se noi fin quì non osservammo esempio di arie nel pericardio, lo Stokes nella estesa sua pratica ci narra

[1] Ascoltazione e Percussione nella Scuola Romana 1857.

una istoria nella quale diagnosticò la coesistenza dell'aria co' prodotti della flogosi, dicendo; essere stato sorpreso, nell' osservare il suo malato, da un subitaneo cangiamento operatosi intorno i fenomeni statici della pericardite « Difficile o impossibile sarebbe tradurre in pa-
« role l' idea degli straordinarî fenomeni che mi presen-
« tavano que' suoni. Essi non erano suoni di raspa di
« linfa indurata, nè il rumore di cuoio di Collin, nè
« quelli che procedono dalla pericardite con rumore val-
« volare, sibbene un misto di varî rumori di attrito con
« un forte suono crepitante e gorgogliante, ai quali fe-
« nomeni erasi aggiunto un distinto carattere metallico.
« In tutta la mia pratica io non mi era mai imbattuto
« in una cotanto strana combinazione di suoni. Lo sto-
« maco non era disteso da aria, ed il polmone e la pleu-
« ra trovavansi in istato normale; ma la regione del
« cuore rendeva sotto la percussione un timpanico *bruit*
« *de pòt felè* [1] ».

Non poteva aspettarsi di meglio per diagnostica precisione da quel luminare della Medicina Irlandese.

Scorsa così la storia anatomo-clinica della pericardite, vediamo quali possano essere le induzioni scientifiche ragionevolmente emananti da fatti.

Divisioni della pericardite.

§ X. I trattati didascalici anticipando alle menti giovanili i gruppi fenomenali che s'incontreranno nella pratica, tengono di assoluta necessità lo esporre le differenze di un morbo istesso sotto il titolo - Divisione della malattia - Le divisioni tratte per lo innanzi dalla varietà del corso, dal grado della intensità, dalla causa del male, e da altre osservazioni che non varcano la cn-

[1] Malattie del Cuore e dell' aorta; prima traduzione Italiana pel Dott. Antonio Longhi.

tità di aggiunti debbon' oggi venire seconde alla differenze anatomo-patologiche, le quali aprono non solo la essenza anatomica ma i gradi di un processo flogistico, e schiudono assai utilmente le fonti della osservazione individuale, che tanto debbe calcolarsi nello studio sagace di una infermità. Difatti, diverse saranno le cagioni, ma il processo anatomico uno; e ritornerebbe quì come altrove non indifferente il quesito - Perchè la malattia possibilmente nata da tante cause differenti, palesatasi con tanta varietà di fenomeni - rapida o lenta nel corso - grave o mite nella indole - palese od occulta nelle sembianze - è sempre poi la stessa nelle materiali espressioni ?.... Avanti a questa severità pratica che è la fede medica del secol nostro, è mestieri si pieghino tutti i concetti trascendentali per quanto riescano lusinghieri e brillanti. Con tutto questo, non si potrebbe trasandare quella disamina senza deciso difetto, perchè la forma estrinsecata dai sintomi subbiettivi, debb'essere da noi congiunta con quella che muove dalle alterazioni anatomiche le quali formano ad essa il sostrato organopatico. Ed ecco la verace conquista de' tempi nostri. La *sola* esposizione dei siutomi e lo induttivo raziocinio che indi si leva, può essere fuorviato anche nelle menti più nobili da un epifenomeno. La *esclusiva* descrizione delle forme anatomiche per sintomi obbiettivi, è arida sempre; perchè seppure torni a capello sullo studio del cadavere, non colma tutte le nobili aspirazioni pratiche nella cura dello infermo.

E quì pure riprendiamo l'analisi: tocchiamo di volo qualche primo monografista, e qualche scrittore d' istituzioni mediche.

I primi che parlarono del cuore infermo non fecero

motto delle divisioni come Senac. Essi, fronteggiando un argomento tutto nuovo, e convinti della immensità dello ignorato, furono ingenui nel confessarlo; nè parlarono che di poche e confuse nozioni e di moltissimi desiderî.

Kreysig pur esso non fece motto di partizioni. Fù più nudrito di Senac in quanto a materiale scientifico, esaurì meglio la parte d' istorico nel tracciare il quadro delle flemmasie cardiache, ma non si mostrò capace d'istituire la diagnosi discriminativa sulle gravi e certe differenze della pericardite. Se tanto poco trovossi tra primi patologi speciali, molto meno ci fornirono gli scrittori generici. Vediamo difatti il più grande di tutti, Borsieri, nelle sue istituzioni di medicina pratica, amalgamare la pericardite alle generali flogosi del petto, e non dare che schizzi intorno a siffatta malattia. Dopo questi , cotal flogosi ebbe divisioni diverse, secondo che da una od altra considerazione mossero i singoli trattatisti. Non possiamo dissimularci; lo argomento preso in astratto tornerebbe assai valutabile, se dalle generali vedute debbe scendere logicamente il filo analitico degli estremi rapporti, cosicchè quanto meglio quelle si estendano lumeggiate da una forte sintesi scientifica sugli avvenimenti possibili, tanto più questi considerati singolarmente, trovinsi anticipato un dottrinale preciso atto a ponderarli, e capace a ricevere esso stesso ognor più crescente conferma, dalla luce riflessa dei singoli casi. Ma potrebb' egli questo ritenersi per fermo, laddove i principî generali, più che dalla induzione ossia dagli esempî in largo numero raccolti e paragonati, avessero avuto il nascimento loro da conati intellettivi soltanto ? Basti un sol cenno di ciò: che poi sarebbe qui

lungo lavoro e di non molta utilità, richiamare a minuta disamina le divisioni tutte che piacquero di preferenza a' singoli autori. Corvisart che si procacciò fama sì grande nella patologia cardiaca, non ebbe a sè dinanzi che la veduta del corso morboso. Stabiliva quindi le sue differenze in pericardite *acutissima, acuta, sub-acuta* e *cronica,* compendiando le forme patologiche co' sintomi loro, com' egli le vide atteggiarsi a questa obbiettiva.

Niuno potrà negare, che se questo profondo scrittore da un lato meritasse grandemente della scienza e dell' arte, incominciando un presso che nuovo lavoro; non potesse schermirsi dall' altro di quei difetti che vanno necessariamente associati ad un primo arringo, cui si oppongono dense tenebre, frequenti incertezze, limitate cognizioni. Indi nacquero i timori; indi Corvisart asseverò di troppo la oscurità dell' argomento, da che parve fiaocato pure Laennec. Stimo che valga questa sola avvertenza a rendere indubitabile il difetto della prima classificazione. Si contano in appoggio di cotest' assertiva le parole eziandio di Louis, là dove dice - che la pericardite non è sempre malattia difficile a riconoscersi, e che se fino a quest' ora si era ridotti a divinarla, come si espresse Laennec, ciò non si debbe meno alla natura dell' affezione che agl' incompleti metodi di osservarla. - A che aggiungeremo: e quanto mai non si avvantaggiarono le ricerche da Louis fino a nostri tempi?...

Bouillaud distribuiva i casi pratici rassembrandoli sotto varie categorie, la prima delle quali si limita al periodo congestivo ed alle secrezioni pseudo-membranose o suppurative. La seconda comprende que' casi in cui la materia plastica dello spandimento, passa pian piano dallo stato amorfo a quello di organamento cellu-

loso, o cellulo-fibroso con o senza adesione delle pareti pericardiache. Considera nella terza i passaggi dei prodotti di secrezione in placche fibrose, fibro-cartillaginee, cartillaginee, od anche ossee o calcaree. Cotesta divisione ci pare troppo esclusivamente anatomica, slegata quasi interamente dalle forme morbose, cosicchè potrebbe servir meglio all' ordinamento di un museo patologico, che ad una clinica istituzione.

Stokes rientrò nelle osservazioni cliniche subbiettive: ma la divisione della pericardite non sembra che reggasi all' altezza del suo stupendo lavoro. La *prima forma* è tutta negativa: in questa fà osservare siccome possano occultarsi i sintomi più salienti, il dolore, cioè, l' eccitamento muscolare, le speciali qualità del polso, e mantenersi normale perfino la ottusità cardiaca.

Questa potrà mai dirsi forma di pericardite ?.... E ove si desse veracemente una pericardite che si vela cotanto, non era più ragionevole intendersi alla descrizione di que' pochi criteri che possono farla supporre, anzichè recisamente chiudersi in sul niego dei fenomeni classici ?...

Ammette nella *seconda forma* più spiegati i sintomi locali sebbene li accenni talvolta lievissimi. Evvi però l' azione irregolare del cuore e del polso non di rado più manifesta a malattia avanzata, e dice notabile l' aumento della ottusità sopra il cuore.

In questa seconda forma fu intendimento di Stokes segnalarci que' casi ne' quali avviene, di preferenza come ei stesso dice , la idrope del pericardio. Ebbene chi non vi riconosce allora il difetto dei fenomeni più significanti ?

Descrive *la terza* così. Gravi ambascie locali, spesso

estreme anche da principio. Azione tumultuaria del cuore, irregolarità del polso, dispnea, ortopnea, gonfiamenti edematosi, sincope, morte.

In questa si propone l'autore di pingere lo eccitamento irritativo o infiammatorio de' muscoli cardiaci. A noi pare che questi invece considerati in gruppo palesino meglio una solenne idro-pericardia. E d' altra parte quella forma che valesse a comprendere le speciali avvertenze dello eccitamento *infiammatorio cardiaco*, per noi sarebbe *mista*, ossia di pericardio-miocardite e non tipica flogosi degl' invogli. Vero, che le distinzioni accurate ostano taluna volta alla realtà della pratica, ma è anche vero che tutti gli autori, lui stesso non escluso, trattano distintamente la pericardite, la miocardite, la endocardite. Non è però a passarsi in silenzio che nelle successive parti del suo squisito capitolo tocca le complicazioni di questa flogosi con maestra mano.

Basti a noi questo cenno sulle divisioni adottate da tre illustri personaggi, e veniamo a render conto delle differenze che noi proponiamo. Per noi la diagnosi della pericardite siccome accennammo di sopra, riposa sopra due gruppi distinti di fenomeni, *subiettivi o riflessi* o *razionali*, se così dir si vogliano; ed *obbiettivi* o *diretti* o *sensibili*. L'uno e l'altro gruppo presenta varietà intrinseche e graduali. Sù l' una e sull' altra debbono adunque levarsi le norme distintive.

Premesse le cognizioni esattissime di amendue queste forme, ritorniamo così sullo scopo analitico delle divisioni.

La Pericardite è divisa per tre differenze. La prima è differenza anatomica, l' altra è patologica, la terza è clinica.

La differenza anatomica, tutta fondata sul processo che già noi descrivemmo, comprende quattro specie che sono: la pericardite *pseudo-plastica*, la *idroplastica*, la *emoplastica*, la *mista*. Queste hanno la varietà loro.

La differenza patologica comprende: la causa, la origine, la indole, il corso, la complicazione.

La Clinica tre le forme più usitate sotto le quali ci si presenta al letto degl' infermi la Pericardite cioè: 1.° Forma Angioitica pura. 2.° Forma Angioitica-Neurospastica. 3.° Forma Angiospastica-Neuro-adinamica.

Di esse a giovare la intelligenza, ed a metterne sott' occhio tutta la estensione, ci permetteremo un prospetto, forse non privo di utilità.

PERICARDITE

Differenze anatomiche

Flogosi genuine

- **Pseudoplastica**
  - **Essudati discontinui**
    - Filamentosa: (tenue / (robusta — (adesiva / (connettiva
    - Granulare..: (molle / (aspra
  - **Essudati continui parziali**
    - Chiazzata .. / Listata ..... / Fasciata....: levigata / ruvida — libera / adesa
  - **Essudati continui generali**
    - Invaginante: (completa / (incompleta — (libera / (adesa
- **Idroplastica...**: (discreta / (enorme — (semplice / (mista

Diatesiche

- **Emoplastica...**: (fluida / (concreta

Genuine o diatesiche

- **Mista** ....

PERICARDITE

Differenze Patologiche

Dalla Causa..............	Reumatica Artritica Podagrica Tubercolare Cancerosa Tifoidea Scorbutica Erpetica Traumatica
Dalla Origine...........	Primaria Secondaria Semplice Complicata
Dalla Indole............	Manifesta Occulta Grave Mite
Dal Corso................	Acutissima Acuta Subcuta Cronica
Dalla Complicazione....	Artrite Reumatismo-Podagra Pleurite Pneumonite Endocardite Miocardite Cardiopatie organiche Tifo Morbo di Bright

DIFFERENZE CLINICHE

della Pericardite

	1.ª Forma **Angioitica pura**	2.ª Forma **Angioitica-neurospastica**	3.ª Forma **Angio-spastica-neuroadinamica**
Febbre................	Intensa........................	Meno spiegata..............	Inqualificabile ....
Polso.................	Duro vibrato regolare.......	Duro frequente ed irregolare	Vuoto celere irregolare......
Respiro	Sospirante e poco affannato	Sospirante e molte affannoso	Sospirante affannoso sublime
Dolore	Gravativo puntorio o nullo	Oppressivo terebrante stenocardico o nullo	Oppressivo terebrante stenocardico o nullo
Giacitura	Impedita a manca ed inquieta	Semieretta ed inquieta......	Eretta e smaniosa..........
Faccia................	Rubiconda o pallida.........	Pallida - alterata...........	Terrea livida paurosissima.
Ottusità pericardiaca	Quasi nulla..................	Esagerata più o meno......	Talora esageratissima.......
Rumori	Soffregamenti diversi.......	Idem e gorgoglio...........	Idem idem o nulli ....
Sintomi speciali.....	Sensi di mancamento subdelirio	Deliquii e delirio...........	Sincopi cianosi convulsioni delirio

Cause della pericardite

§ XI. Cagionasi la pericardite in assai diverse maniere. La pericardite isolata non è certo avvenimento frequente. Essa per lo più ha vita da processi flogistici, od irritativo-flogistici preesistenti nell' organismo; cosicchè anzi tratto meriti la speciale nostra considerazione, la serie di quelle infermità che la suscitano di preferenza. Queste sono

Il Reumatismo
L' Artrite
La Pleurite reumatica

Digradando da codeste origini per entità morbosa, la si vede talvolta aver nascimento anche, data occasione, da una febbre reumatica, cosicchè il primo novero, lo diremo delle *cagioni interne* irritativo flogistiche.

Indotte coteste forme morbose da una potenza nociva istessa, la *reumatogenica,* hanno tanta influenza, considerato il fomite, nello accendere di flogosi il pericardio, che indussero Bouillaud alla nota proposizione di coincidenza - Reumatismo - Pericardite. La pleurite appiccatasi a tutti i rivolgimenti della membrana sierosa per legge di continuità e di contiguità, induce la flogosi del pericardio, tanto meglio, quanto più è immediata allo involucro cardiaco, la zona che s' infiammò. Così questa flogosi considerata indipendentemente dalla causa produttiva, può indurre la pericardite pel fatto di una diffusione flogistica.

A malattie *diatesiche* preesistenti nell' organismo, si debbe pure, sebbene più rara di assai, la genesi di una pericardite, come sarebbe quella dal tubercolo, dal cancro, dall' erpete, dallo empiema. Talora sebbene prenda le mosse da stato morboso preesistente , questo nè si distingue per uno de' momenti etiologici aventi qua-

si direi una tendenza ad invadere gli organi centrali del circolo come sarebbe il principio reumatico; nè prende vita da un materiale morboso che si depositi sull'area pericardiaca - tubercolo - cancro - pus ; ma invece, da una condizione patologica immediata o meglio attigua al pericardio, quale sarebbe una cardiopatia organica: (ipertrofie, stenosie di orifici e valvole).

Fra le cagioni esterne, figurano le universali o reumatogeniche, le quali come possono dar nascimento alle infermità di sopra esposte, onde per illisione flogistica la pericardite, e così potrebbero motivarla direttamente. E quì la esposizione del corpo sudante all' aria fredda, occupa il primo luogo, indi le vicende atmosferiche. Tra le esterne locali e le traumatiche stanno le applicazioni di corpi freddi sulla regione pericardiaca, i colpi, le cadute, le percosse, le ferite, i contracolpi ec.

La corsa, la danza, la venere, i liquori abusati ponno eccitare la pericardite, la quale può essere o preparata o determinata pure da soppressione di flussi, da retrocessione di malattie cutanee, da chiusura improvvida di emuntorî ec.

A tali riduconsi le cause più valutabili di questa infiammazione, cause che possono agevolmente portarsi da chicchessia sotto la obbiettiva scolastica delle predisponenti, delle occasionali, delle efficienti, solo che vi si aggiungano le generalità del temperamento sanguigno, della età giovane, del sesso più forte, della stagione fredda, delle arti soggette a disquilibrî rapidi e gagliardi di freddo e calore.

Un interessante lavoro sulla etiologia della pericardite considerata sotto la duplice partizione di *reumatica* e *non reumatica*, comparve in Londra pel

Dott. Edoardo Latham Ormerod », [1] che può essere consultato con profitto. Altro a questo pari lavoro fu prodotto per opera di John Tailor in cui merita sopra tutto molta considerazione la coesistenza della pericardite colla malattia di Bright. Distingue l'analisi causale in due gruppi. Comprende nel primo, que' casi che avvennero sopra individui, prima dello attacco, fiorenti di salute, o travagliati per converso di malattie steniche acute come il reumatismo. Raguna nel secondo, gli esempî della pericardite insorta sopra persone malsane, o tocche di qualche malattia cronica. Sostiene che in dieci di queste, sei per sicuro, ed una probabilmente erano colpite della speciale nefrite. Noi nello stante in che ravvisiamo tutto lo interesse di siffatte ricerche, dobbiamo candidamente asserire di non possedere istorie dimostranti la enunciata coincidenza, come d'altra parte solennemente attestiamo avere nota d'individui soggetti a cardiopatie organiche e pazienti ad un tempo la malattia di Bright.

Videsi talora la pericardite ricorrente a modo epidemico, e tra gli osservatori a noi prossimi ricordiamo Lalor a Kilkenny nello inverno 1848-49. Più innanzi è additato tal fatto dallo stesso Lalor e da Hubert nel 1819, e da Trecourt nel 1775, che ne dierono rapporti, sotto la specie di febbri dette impropriamente maligne, il cui fondo anatomico era una infiammazione del pericardio.

Pronostico e cura

§ XII. Il pronostico della pericardite si fonda 1.° sulla diagnosi differenziale; 2.° sulla qualità del soggetto. In genere è sempre grave; ma tanto più grave, quanto la

[1] Medico-chirurgical transactions etc vol. 36. anno 1853.

forza della condizione patologica apparisce più slegata dalle reazioni universe dell' organismo, e lo infermo fu stremato nelle forze per anteceduta infermità, od affranto da metodi curativi.

La speranza del successo è in ragione diretta della prontezza curativa.

La efficacia della cura, in ragione composta della tolleranza dello individuo, e della semplicità dello attacco, quantunque grave.

La Pericardite ammette cure diverse, secondochè abbia ad essere combattuta o ne' suoi primi stadî, od in quello degli esiti.

Nel periodo congestivo, l' achillea terapia è della sottrazione sanguigna locale. Però senza escludere l' apertura della vena, la quale riuscirà vantaggiosa nelle ben calcolate opportunità, asseriamo con tutto il convincimento pratico, che a' sanguisugi si debbe confidare di vantaggio. La ragione è chiara. Primeggia fra sintomi, nella maggior de' casi, la manifestazione di un difetto ne' centri, di un abbattimento, di un disordine. La vita organica è attaccata nelle sue scaturigini.

De' casi anche gravissimi, ne' quali ci siamo avvenuti, senza far vana pompa d' istorie, ricorderemo solo quello di L... F... giovanetto di 16 anni. Soffriva da qualche tempo un' affezione reumatica con dolori vaganti, congiunta a lieve bronchite. Era sopra una loggia, esposto alla intemperie atmosferica, sudante e sbadato di coutro ad una impressione che gli agghiacciava ed arrestava il traspiro, quando sentì come per colpo istantaneo, afferrarsi da un dolore gravissimo nella regione cardiaca. Scende nel suo appartamento, pallido ed anelante, con dipinta sul volto un' ambascia indici-

bile, la quale si accresce ad ogni istante più, così che temeva morirne. Per varie ore, quel suo indicibile male si aumentò fino al segno che non poteva articolare più sillaba. Chiamato in furia, lo trovo seduto sul letto, afono, con respiro corto sublime, bagnata la fronte di sudor freddo, le labbra e le narici quasi violacee, il calore su tutta la superficie del corpo abbassato disegualmente. Accenna il suo dolore, e non ha posa in veruna giacitura, nè calma da verun consiglio. Parea spirar dovesse indi a non molto, in mezzo alla costernazione, allo spavento de' suoi. Ascoltando il cuore, rilevo un palpito di una celerità indescrivibile, e così irregolare da stupirne, il polso miuro, il dolore dallo epigastrio sù per lo sterno diffondersi a sinistra; niuna escrezione di urine e niuna di ventre.

La diagnosi, a primo tratto, ondeggia fra la miocardite e la pericardite; ma se questa, la fascia viscerale è sicuramente attaccata. Prescrivo ad un tempo i conforti religiosi e l' applicazione di senapismi alla regione pericardiaca, agli avambracci, alle scapole, nel mentre che si accorre in cerca di 50 sanguisughe d' applicarsi alla regione dolente, e si amministra a cucchiaiate del vino generoso. Allo sgocciolare del sangue di tutta notte all' amministrazione epicratica del vino, ed a' rivellenti applicati quì e quà sulle braccia, sulle scapole, sulla spina, succede un cangiamento notevolissimo nello infermo.

Il mattino di fatti rivedendolo, trovo il calore mordace, la febbre intensa, le battute del polso a 120, ma quasi regolari e di robustezza non equivoca. Le orine scarsissime e flammee il ventre affatto chiuso. Modifico il piano curativo; aggiungo la sottrazione dalla vena, smetto dal vino

ordino l'uso epicratico della infusione di digitale nitrata. Il sangue offre cotenna: sotto la digitale il polso è sceso a 96 nella visita del pomeriggio; gli altri fenomeni presso a poco, eguali.

All' indimani apparisce il rumore pericardiaco secco e ruvido, chiarissimo, cessando il respiro, circoscritto dallo epigastrio all' areola mammaria sinistra, più intenso al primo tempo e primo suono cardiaco (diastole ventricolare). Questo suono è soffocato dal rumore, quasi integro rimasto il secondo. Il polso dà 89 battute per 40 atti di respirazione ad ogni minuto primo: il malato è ricomposto ne' lineamenti, agitato però sempre e sitibondo: a quando a quando emette sospiri, sotto i quali sente alleviamento: il dolore è ridotto ad un senso di peso molesto, ma la pressione intercostale ed epigastrica è intollerabile. Le urine flammee ed un poco crescinte; costipazione di ventre. Un epispastico largo alla regione del cuore, da durare sei ore; sostituzione del calomelano e dell' opio in pillole di due grani di quello, e $^1/_4$ di grano di questo: una pillola ogni ora.

Nella visita del pomeriggio è tolto il vescicante, e l'area è arrossata con flittene quà e là; prosiegue il rumore pericardico, diminuito però nella intensità, se non che sembra fatto più chiaro anche nello intercalare del primo tempo (sistole). Prescrivo di pomata napoletana un' oncia, di estratto di opio due dramme per farne sull' area vescicata frizioni leggere ogni tre ore, lasciandovi un pannolino sopra l'area spalmato dello stesso unguento. Insisto, diradando nel tempo, sul calomelano e l' opio.

Al quarto giorno (mattina) profonda modificazione del

rumore, esso è attenuato così, che appena si riconosce, cessando il respiro. Il malato è di assai più tranquillo; la febbre è mite con remissione di tutti i sintomi. Lo stesso metodo.

Nel pomeriggio comparsa d' idrargirosi, scariche alvine abbondanti, acquose, fetidissime, brucianti e di colore verd'erba. Si cessa l' uso interno del calomelano, si sostituisce una tisana refrigerante, s' insiste sù le frizioni. Da questo punto a migliorare lo infermo ad ogni visita, cosicchè al settimo giorno potè dirsi fuori di ogni pericolo. La convalescenza lunghissima, presentava il cuore palpitante ad ogni più lieve cagione, il qual fenomeno si protrasse a qualche mese. Esplorato in seguito, non dette indizio alcuno di relitti morbosi, ed oggi gode di salute floridissima. Ho narrato questa cura per due ragioni. La prima si è per mostrare la necessità di un eclettieismo terapeutico, fondato sull' esigenze diverse de' varî periodi e sintomi di una stessa infermità. La seconda per dimostrare, che i metodi curativi non possono essere insegnati se non se genericamente, trovandosi i medici nella necessità di soccorrere alle forze vitali, rianimarle talora, infrenarle talaltra, e riparare a questo e a quel fenomeno, non perdendo di vista mai lo indirizzo logico e terapeutico, senza tenersi al gancio di uno scolasticismo gretto e impastoiato.

Indi si pare quali sieno dopo le sottrazioni sanguigne, gli argomenti di terapia, che io prediliggo in tali congiunture. Essi riduconsi agli *antiplastici* e *sedativi*, Mercurio - Opio - Ai *moderatori del circolo* - Digitale, Tasso Baccato, Nitro, Acido Idracianico medicinale - Ai *rivellenti modificatori immediati sull' area* - Vescicanti, Mercurio, Opio.

Come queste ragioni curative abbiano la sanzione delle scuole migliori, non è duopo ripeterlo. Basta aprire le opere recenti dei più accreditati scrittori. I minuti particolari, come quelli che debbono essere in ogni caso individuo necessariamente diversi, non meritano di essere neppure menzionati. Io solo avvertirò; che la digitale spesse volte riesce infedele, e capace di eccitare le noie dello stomaco, e vomiti inopportuni, anzi dannosi. È felicemente sostituita allora dal tasso baccato, rimedio che in moltissimi casi, essendone sicura la preparazione degli estratti, si è trovato superiore di gran lunga ad ogni altro farmaco indicato in simili congiunture, massimamente se disciolto in apposito veicolo, ed unito al nitrato di potassa.

Il metodo preconizzato da Bouillaud delle sanguigne *coup sur coup*, ch'egli nell'articolo consacrato alla cura della pericardite distingue colle parole « *nouvelle formule des emissions sanguines* » metodo che presso noi Italiani, sebbene non esposto con simili parole, rimonta all'epoca dell'immortale Baglivi, quando abbiasi a trattare una flogosi genuina della pleura, o del polmone [1] non può essere accettato senza gravi riserve. Imperocchè se può codesta norma terapeutica aver tutta l'applicazione, allorquando abbia divampato una estesa e profonda flogosi toracica, antecedente o contemporanea alla pericardite; in questa esclusivamente considerata, chi si attenterebbe intraprenderla? Debbe aggiungersi che alcuni tra i più notabili pratici d' inghilterra (Elliotson, Graves) proclamando altamente la convenienza della saturazione mercuriale nella pericardite, col qual metodo

[1] In Aere Romano phlebotomia est princeps remedium in pleuritide. Baglivi Prax. Med. lib. 1.

vantano assai maggiori le guarigioni che non si ottengono in Francia, ammoniscono, che questa risorsa terapeutica può rendersi frustranea se lo infermo fosse stato indebolito per una malattia anteriore.

Oltre poi i danni che ponno recarsi fatali alle forze del cuore, dal metodo antiflogistico spinto non debbono essere passate in silenzio le considerazioni che si fanno circa un rumore di soffio, originato dalla perdita del sangue che si produsse rapidamente ed in copia. Il quale rumore, non bene interpretato, potrebbe far supporre la esistenza della pericardite, quando i salassi istituiti e ripetuti nello stadio congestivo, in cui verun fenomeno stetoscopico si appalesa, lo avessero prodotto. Simon fu quegli che accennò non senza ragione a questa fallacia, avvertendone i pratici. È vero che il semplice soffio esocardico non è poi frequente sintoma di pericardite, e che quando intervenga, potrebbe da un sagace ascoltatore non confondersi con altro che spetti allo interno del cuore; ma pure non debbesi dissimulare che non sempre è facile a raccogliersi la notizia pratica differenziale. Taylor ha scritto sul valore comparativo dell' emissioni sanguigne e dei mercuriali nella cura della pericardite: le conclusioni cui è pervenuto possono riuscire profittevoli specialmente in alcune congiunture. Si leggono riportate negli annali di medicina di Milano dell' anno 1850.

Così accennato qual debba essere lo indirizzo della cura nel primo stadio di questa flogosi, è appena necessario richiamare i precetti coi quali l'arte insegna quando ad afforzare i farmaci, quando a minorarli, sospenderli, smetterli. E se ovunque e sempre debbe intendere il pratico alla conservazione delle forze naturali, quì

ognun vede quanto più debba essergli a cuore di non isperperarle.

Curando un infermo di pericardite, non dobbiamo come sempre, andar mai dimentichi; che se l'arte vuol' essere operosa, la natura lo può più efficacemente dell'arte. Le due vie peraltro che vogliono tenersi osservate con singolare avvedutezza sono quelle del traspiro e delle orine. Queste poi schiudonci talora un nesso ammirabile fra gli elementi flogistici che combattuti si arrestano ed indietreggiano per una metamorfosi regressiva e la natura intima loro, ed i caratteri che ci presentano.

La cura della Idropericardia può reggersi a comuni metodi proporzionati al caso. Ivi peraltro, siccome il fluido debbe considerarsi quale un mestruo, in cui si tengano disciolti elementi assai plastici che possono, esaurita la trasmodanza liquida, divenir concrescibili a danni della superficie sierosa cardiaca e parietale, così sarà ottimo divisamento, ogni volta che nulla ragionevolmente osti, unire la scilla al protocloruro di mercurio. Del resto tutta la serie dei rimedî diuretici può essere passata in rivista, ed ognuno di essi adoperarsi con vantaggio, eccezione fatta per la digitale, che in simili congiunture può tornare perniciosa. Ho sempre dinanzi agli occhi la disgraziata fine di un malato d'idropericardia, in cui l'uso di queste foglie, indusse abbattimento massimo, ed irregolarità di circolo, a torto imputati fenomeni al versamento; poichè esisteva già quello lucidissimo, e questi non erano punto comparsi; nè poterono attribuirsi all'aumento del latice, che dalle prove plessimetriche accuratamente istituite non risultò. Fu peraltro sotto questa falsa impressione, che si volle insistere,

e finì lo infermo per una sincope, preparata dal rimedio. Quivi dunque è mestieri ben seeverare il doppio fatto della flogosi coesistente al versamento, ovvero della flogosi cessata, superstite quello. Nella prima congiuntura niuno non vede la necessità di usare a diuretici antiflogistici, nell' altra a diuretici eccitanti o tonici. Il nitro, la digitale, l' acetato di potassa, l' asparagina, le tisane emollienti, per quello. La scilla, il colchico, le preparazioni di iodio, il ferro per questo, od i tonici del cuore, congiunti ad un ragionevole metodo idragogo.

La convenienza de' vescicanti è somma, non perduta però di vista giammai l' azione loro elettiva sul sistema escretore delle urine, dappoichè questo debbe utilizzarsi sù tutti.

Puntura del pericardio.

§ XIII. La puntura del pericardio offre una pagina interessante a' clinici moderni, ed è una di quelle quistioni piene di attualità, che reclamano una vasta e scrupolosa indagine per giungere al giudizio della sua convenienza nella terapeutica. Riolan fù quegli cui balenò felicemente l'idea di questo atto operativo. [1] Un secolo dopo circa la caldeggiò Senac con le seguenti parole « L'unique ressource sur la quelle on pourrait compter (parlando delle idropi del pericardio) seroit donc la ponction. [2] Vennero in seguito molti che ne confessarono il vantaggio, sebbene la maggior parte atterriti da' pericoli che circondano l'atto operativo, se ne tenessero guardinghi. A dì nostri si praticò in Francia, in Russia, in Germania, in Ispagna, in Italia, e se gli esiti non furono tutti felici, più che alla puntura in discorso, si dovette alle

[1] Enchiridion Anat. lib. III. Lugd. Batav. 1649.
[2] Senac - De la Structure de cour - livre IV. chapit. V.

indicazioni che la consigliarono, ed a metodi co' quali venne eseguita.

Prima di scendere a' particolari, stimo interessante considerare le ragioni che quinci e quindi si accampano per tutelarne o combatterne la pratica.

Il cuore, dice Senac, [1] non è quello le cui funzioni sieno le più turbate nella idropisia del pericardio, poichè i moti suoi sussistono ad onta della quantità grande di acqua da cui è circondato. È vero che soggiunge: l'acqua rendere irregolari i moti del cuore, indi potersi originare i polipi ed arrestare il circolo; ma taluno potrebbe credere di non andare errato nell'analisi critica, ritenendo queste soggiunte più in ordine possibile che in ordine reale. A convalidare il suo primo asserto, dopo aver citate le autorità di Lancisi e di Lanzoni intorno a varî coloramenti del latice pericardiaco, (pareva quella l'epoca fortunatissima in cui i medici italiani eran vivi anche pe' medici francesi) aggiunge molte istorie dalle quali risultò, incisi i cadaveri, che la raccolta era giunta a quantità prodigiose. Se dunque il cuore avvegnachè circondato di enorme stravenamento, proseguì nello esercizio funzionale, potrebbe alcuno darsi a credere che non per l'offesa cardiaca si fosse poscia estinta la vita. La quale sentenza non sarebbe arduo a confortarla di ragioni fisiopatologiche, ove si considerasse da un lato la resistenza opposta dal fluido estravasato, dall' altro la potenza del sangue circolante sotto la pressione delle colonne sanguigne, e sotto quella pure grandissima del respiro. Cotesta energia circolatoria ci venne fatto per ben due volte apprezzarla, portando un' asta

[1] Lib. IV. Cap. VI.

metallica in prossimità del cuore, in due tra quei soggetti che operammo dell' idrotorace, e la forza colla quale respingevasi quell' asta nel tempo della dilatazione ventricolare potea dirsi veramente stupenda. Marey [1] può essere consultato con profitto sù questo proposito.

A questo aggiungesi il peso specifico del sangue che risulta maggiore de' sieri, e la gagliardia e la natura de' moti cardiaci che ripetendosi ad ogni istante non lascerebbero colmare lo spazio occupato da loro. Potrebbe quindi considerarsi analiticamente il moto doppio del viscere, per istudiare in qual guisa venisse osteggiato dal fluido. Nella sistole no, perocchè tornando sopra se stesso il cuore, parrebbe che anzi giovarsi dell' azione del fluido risospinto. Dunque nella diastole: ma in quale?.. In quella de' seni non tanto, per argomenti anatomici ad ognuno ovviissimi: il destro conta per se l'appoggio delle due cave, costituenti due salde colonne elevantisi nel pericardio: il sinistro nemmanco per la pendenza immediata dalle quattro vene che vi fanno capo sotto la grande pressione pneumatica della ispirazione. Ad amendue poi è favorevole la giacitura immediata ad un lato o ad una parete del ricettacolo membranoso, poco accessibile al fluido, per la continuità de' tronchi venosi che gli fanno schermo. I vasi adunque ed il sangue in cui tutta risiede la potenza dilatante de' seni, potrebbero sembrare quasi per nulla avversati dalla copia del fluido distendente il sacco. E la dilatazione dei ventricoli non è forse prodotta dalle stesse pressioni idrauliche, se non maggiori? Perciò chè l' onda in circolo non solamente avvalorisi della sistole de' seni, ma

[1] Physiologie Médicale de la Circulation du Sang basée sur l'etude graphique des mouvements du Coeur etc. – Paris 1863.

pure della scossa contemporanea che gl' imprimono le grandi arterie nello stesso attimo contraentisi, siccome per anatomiche e fisiologiche ragioni convincentissime dimostrammo già ne' Prolegomeni.

Può aggiungersi pe' ventricoli la densità muscolare e lo schema loro anatomico ad ansa, non gran fatto arrendevole ad una esterna pressione. Finalmente sta detto e provato, che dilatisi il pericardio avvegnachè di tessitura siero-fibrosa, e non ispengasi l'azione del cuore.

Ma il pericardio oltremodo disteso si aggrava sul polmone, la puntura quindi gioverebbe in due sensi, liberando cioè dalle angustie il cuore, ed alleviando il viscere che respira. E quì senza negare cotesti vantaggi, potrebbesi affacciare la temenza assai ragionevole che ad attingere lo scopo salutare, non si corrano rischi di danni maggiori. Che importa, potrebbe dirsi, se l' arte tenti sollevare un paziente della sua pressura, per tal metodo terapeutico, che varrebbe esso solo a minacciarlo nella vita?.. Chi potrebbe escludere e con qual diritto nel caso pratico una serie di danni?.. La ferita del pericardio, oltre i gravi pericoli del praticarla, tornerebbe temibile più assai di quanto a prima vista non possa parere. Si potrebbe quindi essere sicuri che pungendo il sacco non si traversi l' ala sottile del polmone sinistro? Ma questa ritirasi, come grandeggi il pericardio.... ciò dovrebbe avvenire quantunque volte il polmone fosse rimasto assolutamente libero; ma in una antecedula flogosi sierosa non si potrebbe rimaner tranquilli, che non abbia quello contratto aderenze colla custodia cardiaca. E che sia grandemente distendibile il viscere che respira, ce lo insegna la sperienza facile del cadavere su quanti soggiacquero ad una pleuro-pneumonite posterio-

re, laterale, od anteriore, passata al doppio esito di aderenza e versamento. Ma il respiro superstite ne darebbe sentore.... Questa è osservazione che ognun vede a che monti. Già il polmone può essere leso organicamente, poi la distensione massima del tessuto, sarebbe inconciliabile collo ingresso dell'aria nelle ime vescicole, perchè si verificherebbe nel caso un respiro sublime, solamente concesso a' lobi superiori.

Ed il pericardio punto chè non può sanguinare ?... E sanguinando, produrre una interna mortale emorragia nello stante in che venga edotto il fluido del pericardio? Massimamente allora che ogni ragione debbe farci ammettere l'aumento de' vasi, e pel *molimen* della flogosi, la epigenesi stessa di tralci sanguigni ? Non è forse egli avvenuto questo massimo danno pungendo pure una cisti ovarica ?

Da tuttociò potrebber taluni colla scienza e l'arte a guida non illogicamente concludere : che questa arrisicata pratica debba assolutamente bandirsi dalla medicina curatrice, e che se pure tal fiata venne ella eseguita, rimarrà un avventatezza ammirevole ma inimitabile !

Non pochi forse dopo siffatti ragionari, applaudirebbero di buona fede al temperato giudizio. Eppure questo non è il migliore avviso. Volli tutti snocciolare fino a uno i contrarî argomenti, appunto perchè veggasi che niuno forse non mi rampollò nella mente, e perchè ne possa in breve dimostrare la entità.

Le osservazioni di Senac per le quali è duopo di ammettere la resistenza del funzionamento cardiaco, anche di fronte ad una raccolta cospicua, non giungeranno a dimostrare giammai che non si possa morire per solo fatto di questa. Anzi la morte che seguita in simili

così, è meglio la prova che non resiste a lungo il muscolo semovente contro tanta pressione periferica. Chi 'l niegherebbe? Per essere capaci d' inferirne la norma negativa per la puntura in discorso, bisognerebbe aver provato che la morte non possa avvenire per questo fatto. Chiunque sarebbe costretto per forza di logica a ragionare così.

Che la puntura del pericardio possa essere di per se sola, origine di morte pel pericolo che si versi sangue al di dentro dietro la ferita di un vase; questa è tal possibilità che non dee scoraggirne; 1.° perchè il potere non valse mai l' essere; 2.° perchè occorrerebbe ammettere un vase cospicuo che dalla notomia non si prova; 3.° perchè negli esempî che possiede la scienza di questa puntura, non avvenne mai simile disgrazia; 4.° perchè lo esempio addotto della cisti ovarica non può valere al paragone anatomico, come a tutti è dato d' intendere.

Per quello riguarda la probabile puntura del polmone, questa non può ammettersi nello stato fisiologico del viscere. L'aderenza che noi obiettammo del polmone al pericardio fu antecedente o conseguente all' idrope di esso? se antecedente, la sopraggiunta distensione del sacco lascerebbe uno spazio ove potesse essere traforato senza danni del polmone, ed ognuno agevolmente comprende dov' esso sarebbe: se conseguente, chi è che non vegga, l'aderenza polmonale dover necessariamente risparmiare gran parte della superficie pericardiaca, sendochè ampliandosi questa, il viscere necessariamente si retragga. Questo danno poi se potrebbe imporre a chi volesse seguire il metodo di Aran, non farebbe ostacolo a chi credesse, come noi crediamo, potersi operare la puntura sicuramente

in area molto diversa, siccome noi praticammo. Dato finalmente e non concesso, che potesse attraversarsi pure il sottilissimo lembo del viscere che respira; in qual punto di esso, in qual modo di sua esistenza organica verrebbe mai ferito? In un lembo acuto, disteso, apnoico e probabilmente ridotto in guisa dal processo flogistico preceduto, da non poter sanguinare. Gli anatomo-patologi mostrerebbero senza fatica siffatta verità.

Pare adunque che tutte le motivate obiezioni tornino facili a superarsi, e ch' esse non valgano a sospendere la mano dell' arte; che seppure debba dirsi in tal fatto ardimentosa, lo sarebbe a' vantaggi e non a' danni di un morente, siccome è provato da' fatti innegabili.

La puntura del pericardio debbe avere un posto ineluttabile nella medicina curatrice, come oggidì in mezzo alle più vive contestazioni, lo ebbe acquistato la puntura della pleura. Il fonte delle autorità ci si schiude doviziosissimo. E Riolan e Senac e Richter e Vanswieten e Beniamino Bell, e Camper, e Just Arneman, e Corradi ed altri molti che più non sono; e fra clinici odierni Sekoda, Aran, Trousseau, Stokes, Bouillaud ec. I fatti rispondono alle autorità. Per essi, risulta ferace di ottimi effetti cotesto metodo, e nel numero abbiamo l' alta compiacenza di annoverarne uno che ci appartiene. Però chi potrebbe dissimularsi la gravezza di questo atto operativo, la difficoltà della vera indicazione, così grande da rendere trepidanti i più illuminati uomini nello eseguirla! E che per ciò? Sarà sempre più onorabile quel medico il quale avrà tutti franeheggiato gli ostacoli a vantaggio di una vita fuggente, che senza quel mezzo sarebbesi inesorabilmente perduta. E si che allora soltanto saremmo autorizzati ad usarne: ed è appunto per ciò,

che lo indicarla non è niente meno arduo dello eseguirla. Ma questa restrizione necessaria, non trova disgraziatamente nella pratica il suo confine lucidamente scritto; epperò potrebbe tal fiata ingannarci, o renderci inoperosi, sotto il manto della prudenza medica, confortata da un' opinabile scientifico. A chi ne dicesse: traducete per sintomi la severa necessità della puntura, io non risponderei se non questo: al di sopra delle necessarie cognizioni pratiche, ha l' arte un muto linguaggio che parla a chi lo sa intendere, linguaggio che talvolta ci si fa sentire come una ispirazione, di cui vediamo il gran bene, senza poter tutti un tratto pesare analiticamente gli argomenti militanti per esso. Si direbbe; che l'artista in genere, il medico in ispecie, abbiano a volte un intimo senso che non li tradisce. Aggiungerò: che quando nella onest'anima del medico, rischiarata da un raggio puro d' intelletto di arte, sta come precetto di alta moralità la misura del bene a confronto del danno; l' ultimo giudizio pratico debb' essere rispettato. Non sempre forse possediamo noi tutto questo: ma non è pe' casi di nostra pochezza che si parlano coteste parole.

§ XIV. Messa in sodo la convenienza terapeutica della puntura del pericardio, egli è mestieri far parola de'metodi onde fin qui venne eseguita. Il più antico è quello progettato da Riolan, adottato da Skielderup, raccomandato da Laennec, di penetrare cioè nel sacco, trapanando lo sterno. Nessuno oggi c'impiegherebbe parole; tanto esso disgradasi al paragone di altri conosciuti nell'arte. Skoda progettò assai diversamente il luogo adatto alla punzione. Scelse al margine sinistro dello sterno lo spazio fra la 3ª e 4ª costola, perpendicolarmente scendendo di contro al gran fascio de'vasi, per evitare così Metodi della puntura.

com'egli apponevasi, la probabile lesione del cuore. Ma Schuh che la eseguì, trovossi di contro ad una massa eterologa, e non ebbe ottenuto che poche stille di siero sanguigno. Introdusse nuovamente l'istromento uno spazio intercostale più basso, e raccolse allora discreta quantità di fluido. L'anno appresso Heger eseguì la operazione nel 5° spazio intercostale a due pollici dallo sterno e n'ebbe completo successo; sebbene lo infermo avesse dovuto soccombere per molte alterazioni pleuro-polmonali concomitanti.

Il metodo di Skoda non pare accettabile per molte considerazioni. Primieramente perchè a fine di assicurarsi contro la lesione cardiaca, si corre il rischio di produrre quella dei grandi vasi. In secondo luogo, perchè la puntura effettuata così in alto, non avrebbe potuto raggiungere mai lo scopo, di alleggerire cioè il cuore della pressione idropericardica; chè pochissimo liquido edotto a stento non solleverebbe lo infermo dalle angosce crudeli. Ne bastò lo abbassar d'uno spazio la puntura come si vide col fatto.

Il modo adottato da Heger è di assai più razionale.

Aran, prima di accingersi all' atto operativo, circoscrisse la circonferenza del sacco pericardiaco, mediante una serie di linee concentriche di percussione, dirette verso il cuore da diversi punti del torace; quindi disegnata accuratamente la ottusità, cercò coll' orecchio di limitare la zona entro cui eravi silenzio totale de'battiti del cuore, quella dove si cominciava a sentirli, e quella in cui si sentivano distintamente. Mancanti del tutto nella parte inferiore delle ottusità, sensibili benchè oscuri e profondi nel quarto spazio intercostale allo interno della mammella, i battiti del cuore, lasciavano per

ciò una zona abbastanza estesa, nella quale si poteva piantare il trequarti dal davanti allo indietro, senza pericolo di ferire il cuore. Per maggior sicurezza egli preferì la puntura nel 5.° spazio intercostale a due o tre centimetri dal limite estremo della ottusità. Ivi incisa con una lancetta la pelle, immerse lentamente il trequarti dal di fuori al di dentro, ed un po' di basso in alto, e penetrò in due tempi nel pericardio, del che venne assicurato dallo scolo a getti del liquido raccolto in questo sacco. (Calderini Ann. Univ. di Med. 1855 vol. 155).

Questo metodo in apparenza brillante ha, secondo noi, due inconvenienti gravissimi. Il primo è quello di non potere render sicuri della reale penetrazione del pericardio. L'animo difatti riposa più tranquillo nel credere alla sola penetrazione nella cavità del petto, sendochè in questo estremo limite il sacco pericardiaco si abbassi di molto pel suo proprio peso, allontanandosi dalle coste, nel caso in cui non abbiavi idropleuria contemporanea; e se questa vi fosse com'è presunzione ragionevolissima, dalla uscita del liquido non potrebbe argomentarsi la derivazione anatomica di quello, tuttochè gemente a piccole scosse; e la ragione n'è chiara. L'altro inconveniente poi che potrebbe pure esser gravissimo, massimamente laddove non esistesse doppio stravenamento, sarebbe quello della facile puntura del polmone.

Considereremo da ultimo i precetti di Trousséau. Questo illustre clinico contemporaneo [1] narra aver due volte praticata la puntura del pericardio. Egli assicura

[1] Clinique Médicale de l'Hotel-Dieu de Paris. Tom. I. Lec. XXXIV. Paracentèse du Péricarde.

doversi dare nello eseguirla, la preferenza sul trequarti, al coltello. Sceglie per la incisione il centro della circonferenza indicata dalla mutezza del suono, al di sotto del livello mammario, nello spazio intercostale più vicino. Taglia successivamente pelle e muscoli colle più grandi cautele, arriva alla pleura, la incide a sua volta, e vuole col dito introdotto nella cavità del petto, sentire la resistenza dovuta al pericardio disteso. Ivi pretende non doversi sentir battere il cuore sotto il dito, affinchè si possa procedere, per istrati successivi, alla incisione pericardiaca, giovandosi della sonda canalata a fine di separare i tessuti compresi nel taglio. Finalmente colla punta del coltello penetra più innanzi finchè scorra sulla lama la raccolta sierosità. Prolunga allora la incisione di un mezzo centimetro sulla guida della sonda anzidetta, introduce alcune candelette di gomma elastica per le quali dà esito al fluido contenuto, invitando l'infermo a situarsi sul fianco sinistro. Raggiunto lo scopo, chiude la ferita con una bandella di diachylon.

Con tutto il rispetto dovuto a questo eminente personaggio, noi non esiteremo a confessarci contrarî a somigliante procedere. Perchè tanta lungaggine, perchè tanti tagli, perchè tante guide? Non val forse assai meglio penetrare colla dovuta circospezione per mezzo d'un trequarti? Teme forse che il cuore possa balsare contro la punta dell' istromento e ferirsi? Ma se questo fosse, potrebbe egualmente accadere di contro al tagliente. Però, com' egli c' insegnerebbe, sendochè in una cavità dilatata e ripiena di fluido il cuore si porti o nel centro, se in posizione eretta sia collocato lo individuo; o nell'inferior superficie, se in posizione supina; il pericolo sarebbe più immaginario che reale. Non debbe certo darsi

una cieca spinta al trequarti, ma profondarlo dolcemente fino ad un pollice o ad un pollice e mezzo ne' petti che non presentino singolare crassezza di tessuti esterni; per avanzare cautamente di più, dove lo istromento non avesse raggiunta la cavità pericardiaca. Nè io sarei del parere, di collocare in posizione affatto supina lo infermo, perocchè in quella guisa, oltre di abbassarsi pel suo proprio peso, ed allontanarsi così dalla parete costale il sacco pericardiaco, si accascia pel liquido che tende a livellarsi, e va a perdere sul diametro antero-posteriore quello che acquista in latitudine. Per la valutazione poi della resistenza pericardiaca, tanto varrà il dito quanto una sonda, da adoperarsi sempre per la esplorazione, tutte volte che il trequarti introdotto nella misura anzidetta, non avesse ferito il ricettacolo membranoso. E per siffatta esplorazione varrebbe a meraviglia la sola cannula del trequarti, la quale ove si trovasse di contro al cuore, ne darebbe sentore colle sue gagliarde oscillazioni. Forsechè vogliamo trepidare pel caso narrato da Vigla, nel quale credendo egli aver di contro un versamento pericardiaco, trovossi invece, come ci narra, e Trousseau ci ripete, dinanzi ad una dilatazione cardiaca *phenomenale*. Ma Vigla operò senza aver avuto la scorta di una compiuta anamnesi, senza esporci qual metodo usasse alla non facile diagnosi; perchè non ci parrebbe iattanza asserire che tra una dilatazione così enorme ed una idropericardia, vi dovrebbero essere segnalati caratteri differenziali. Bastava che questo medico si fosse data la pena di ritrovare sul torace esterno, lo spazio cui debbe corrispondere l'apice cardiaco od il segmento dell'apice, che nel suo caso, al di là qualche pollice del posto normale, non potea fargli difetto. E poi all' una

delle due: o la diagnosi è certa e l'operazione negli estremi casi è ammissibile; o la diagnosi è incerta, e nessuno potrebbe difendersi nell'eseguir una simile puntura, dalla taccia di una sfrontata temerità.

Ma potrebb' esserci il caso, nel quale la superficie cardiaca anteriore avesse contratto aderenze col pericardio, anche allora che il sacco fosse, dietro il cuore, dilatato da ragguardevole copia di fluido. Allora però non ci sarebbero, e la mancanza delle vibrazioni cardiache esplorando il malato a tronco eretto, e l'allontanamento de'suoni o de'rumori del cuore, e quanto in una parola costituisce la sicurezza che trovisi il viscere liberamente innatante in un fluido.

Quanto al metodo di Trousseau, aggiungiamo, che tra una ferita poi ed una puntura eseguita sul petto, vi avrebbe notevole gravezza differenziale. Lo ingresso dell'aria atmosferica nella cavità della pleura, quando non fosse questione di una cavità morbosa chiusa da false membrane, siccome avviene nelle cisti empiematiche non sarebb'ella a tenersi in non cale. E l'ernia possibile del polmone che con un lembo si affacciasse alla ferita, quantunque di molto improbabile, sarebbe forse impossibile? E l'abuso della tolleranza di un infermo che versa quasi nell'agonia? E lo sperpero delle poche forze residue sotto l' acuzie del dolore e l' anelito della paura? Parmi che questo sia già troppo per non accettare i consigli dell'illustre medico *de l'Hotel Dieu*. Lo usare finalmente del coltello e del trequarti, il primo per la incisione della pelle e de'muscoli, l'altro per penetrare nel pericardio, dopo le cose anzidette, la sarebbe una pratica da non essere vagheggiata.

Parliam' ora de'luoghi *di elezione* ne' quali vollero

taluni dover eseguirsi la punzione in discorso. A me, questi luoghi elettivi sembrano inaccettabili anche solo perchè la idrope pericardiaca si vegga sempre modalmente varia; ed è quindi che sorga la necessità d'istituire in luoghi assai diversi la paracentesi. Così tacerò del metodo di Larrey, di quello di Robert e di altri.

Noi pure avemmo la circostanza di eseguire cotesta paracentesi nella giovane donna Rosa Fiandrini che vive oggi nello stato di salute perfetta. Il luogo scelto da noi in quella circostanza, per particolari ragioni, fu il quinto spazio intercostale sinistro, un pollice dallo sterno. Collocata in guisa la inferma che il cuore di lei fosse discosto dalla parete del petto, ed assicuratici di ciò esattamente per mezzo di una attenta ascoltazione, venne superata con vivezza la resistenza della pelle, de'muscoli e della pleura; e profondato quindi dolcemente il trequarti per la estenzione misurata di 18 linee ci trovammo nella cavità d'onde fluirono per l'apertura a riprese appena sensibili, 18 once circa di siero puriforme. Ci condussero a questo metodo.

1.° La sicurezza anatomica di penetrare in quel punto nel pericardio disteso, stante lo impianto fisso della base pericardiaca sul diaframma; la qual sicurezza non poteva egualmente ottenerla Aran operante col noto processo, e la ragione ci sembra chiara. Difatti, investendo il lato esterno del pericardio, questo pel peso del fluido può trovarsi di molto allontanato dal perimetro costale, e lasciare il trequarti natante nel liquido della pleura se ve ne avesse, o far correre il rischio reale di traforare il polmone.

2.° La certezza di non offendere il cuore nel pun-

to da noi prescelto che sarebbesi livellato oltre la prima metà del diametro antero-posteriore pericardiaco.

3.° La esatta dimostrazione della diagnosi ottenuta col criterio anamnestico, co' sintomi subiettivi ed obiettivi, in tal guisa lucidi, d'averci fatto designare sull' area toracica con ogni migliore accuratezza le linee estreme del suono muto e la forma del pericardio disteso.

4.° La circostanza di un versamento toracico che occupava tutto il versante posteriore del diaframma, ed impediva in qualche modo per una contropressione, che il pericardio ingombro si fosse abbassato di troppo.

5.° La certa scienza che la punzione eseguita in quell'area non avrebbe tutto vuotato il ricettacolo cardiaco, lo che secondo noi, in quelle strette supreme, sarebbe potuto riuscire assai pericoloso. Chè per molte e gravi ragioni non siamo noi partigiani delle punture capillari, nè dello sgocciolare a rilento che per simile ingegno terapeutico, di necessità conseguirebbe.

6.° La certa mancanza de'lembi polmonari in quel punto, indi la sicurezza di non complicar la ferita.

7.° La improbabilità di ledere ivi la mammaria interna, che costeggia lo sterno.

Iniezione nel pericardio.

§ XVI. Aran andò più oltre e dopo lui Trousseau. Non contenti della puntura, forse per ovviare al fatto quasi immanchevole della riproduzione del fluido, fecero iniezioni nel pericardio. Il primo di questi v' introdusse la tintura di iodio a 50 grammi diluita con al-

trettant' acqua distillata ed aggiuntovi un grammo di ioduro potassico. Fallito la prima volta nell' azione del rimedio, trasse a dosi più generose; e nella seconda iniezione praticata dietro una seconda puntura, portò lo ioduro potassico a 4 grammi. Racconta che il versamento ricominciasse, ma quindi gradatamente svanisse. Come si governasse Trousséau può leggersi nelle sue lezioni cliniche; noi peraltro ci permetteremo le seguenti riflessioni.

La iniezione avrebbe potuto modificare le condizioni vitali ed organiche del pericardio, indi svegliarsi novello processo flogistico, o rincararsi il primo, se inespiato. E dato da tutto ciò pronta a seguirne la evasione del versamento, non sarebbe più che probabile andare incontro a gravì rinascenti pericoli per una pericardite pseudoplastica acuta che per lo meno adducesse all'aderenza? Dinanzi a queste ragionevolissime presunzioni mediche non sò chi schermir potrebbe i francesi dellà taccia di temerità.

Noi siamo usi in Italia nostra a non oggettivare i malati, cioè a dire a non farne una materia sulla quale l'arte si eserciti, e che per brillare di raffinatezza, non badi poi a salvarne le vite.

Gli esempi felici della iniezione nella cavità pleurica non potrebbero a parer nostro accreditar giammai simile pratica nel pericardio. Quanto non sono in verità maggiori i pericoli che si affronterebbero! Noi pure nelle varie paracentesi del petto che istituimmo negli empiematici, abbiamo adoperato non che le tinture iodiche e le soluzioni di ioduro potassico, ma quelle pure soprassature di nitrato di argento; e non indietreggiammo dinanzi alle difficoltà gravissime che c' imponevano le

posizioni e l'estensioni delle cisti. Ma come vedevamo colà bene indicate le punture, così ci parve razionale e capace di ottimi risultati la iniezione caustica; e questo anno istesso ne avemmo conferma nel nostro esercizio della sala clinica, sopra il malato Zampiloni Michele che tutti videro tornarsene alla propria casa con un benessere superiore ad ogni speranza, dopo che da 22 mesi fosse empiematico, ed avesse reso per la puntura oltre a sedici libbre di materia purulenta. Con tutto questo però confessiamo, che sarebbeci mancato il coraggio di adoperarci similmente nel pericardio! Le aderenze del polmone alle costole se non lasciano di uggire gl'infermi con sofferenze più o meno continue e spesso esacerbanti, e predisporli eziandio alla recidiva; non sono paragonabili mai con quelle che avvenute sul cuore, preparano, se molto estese, una morte lenta e penosa.

Pratiche curative per l'aderenza.

§ XVII. Riconosciuta l' aderenza del pericardio al cuore, la medicina curatrice può non rimanersi inoperosa. Richiamate le differenze tutte che superiormente annotammo, può ridursi il metodo al fondente-tonico od al fondente-deprimente. I tonici però o i deprimenti secondochè vengano addimandati dal caso, saranno con vantaggio maggiore adoperati per la via dello stomaco, laddove i fondenti si applicheranno meglio per uso endermico. Potremo giovarci grandemente dello unguento mercuriale raddoppiato, spalmandolo per tempo assai lungo e con frizioni in tal guisa ripetute, che siane certo lo assorbimento; e meglio se prima avremo fatto rammollire lo strato cutaneo da qualche epispastico volante o dalle senapizzazioni. A volte però saremo astretti a servirci de'mercuriali anche per uso interno: ed in tali con-

giunture sarebbe preferibile a tutti il biioduro unito ad un estratto calmante la energia cardiaca: perocchè solo nello eccesso della nutrizione viscerale ci sia permesso tal metodo. Se contrarie ragioni intervengano, ossia ci troviamo di fronte ad una dilatazione ventricolare con minorata potenza contrattile, per difetto di proporzione muscolare, inviterei a sperimentare l'uso del tannato di ferro, ond'ebbi a lodarmi assai più che del solfato. Egli è ora superfluo ricordare i pronostici che l'arte può fare in tali avvenimenti.

§ XVIII. Non sarà inopportuno lo aggiungere qui poche linee intorno la pericardite tubercolare. Cotesto fatto morboso colle sue vicende interessò più di un clinico, e co'reperti cadaverici, più di un anatomo-patologo. Da lunghi ed accurati studi risultò un triplice avvenimento possibile. Pericardite tubercolare.

1.° La pericardite tubercolare svolta in un soggetto già preso alla tubercolosi polmonare spiegata.

2.° La pericardite tubercolare svolta in un soggetto in cui lucida essendo la diatesi, ne mancava quasi totalmente l' attuazione anatomica negli organi del respiro.

3.° La tubercolizzazione degli essudati pericarditici indipendente dalla diatesi e dall'attuazione di essa, ma per sola ragione dell' andamento flogistico.

Sù questa ultima non ci verremo intrattenendo, sendochè la sia pura quistione di notomia patologica.

Occupatici da lunga pezza del tubercolo, e fatta publica solo una parte de'nostri studî in proposito, quella cioè che riguarda la origine anatomica di cotesto pro-

dotto morboso, sentiamo la necessità di richiamare quivi i sommi capi cui pervennero quegli studi nostri, che trovarono in Italia più di una conferma, ed in Francia un ingenuo ripetitore!

Erompe il tubercolo sulle membrane sierose, a guisa di una veschicetta diafana. Dopo che fu stabilita cotesta vescichetta, comincia mano mano ad intorbidarsi nel centro, fino a discenderne una nubecola concrescibile. Perdutosi il fluido diofano per esalazione o riassorbimento, vi si scorge al perimetro esausto, una venuzza: questa disparisce col tempo, lasciando superstite il tubercolo concreto. Egli è evidente, che che possa dirne in contrario l'odierno scrittore tedesco, debba ritenersi cotale prodotto morboso siccome una escrezione del sangue, la quale formatasi una volta può accrescersi per addizione di materia, o per confluenza vescicolare, cosicchè ne risulti un aggregato, o se voglia dirsi una gemma, sù cui notisi il multiplo del prodotto. Cotesto fatto tiene a due ragioni diverse. La prima ad una specie di abito morboso, che risulta nel sangue per corrivata infezione-molteplice, primitiva od acquisita; abito che a volta si estrinseca sopra un tessuto fatto segno a stimoli precedenti. Ne conseguita allora una flussione, e da questa il tubercolo come immediato prodotto. La seconda si lega alle condizioni topiche del tessuto che a risentire i primi getti tubercolari ebbe inchinevoli, e la delicatezza della trama, e la quantità del circolo, e lo indugio maggiore del medesimo, ed uno speciale irritamento, e tutte in un motto quelle condizioni che verificatesi in complesso, riescono a stabilire un luogo acconcio a siffatta escrezione morbosa, ed al progressivo aumento della medesima. Alla intima cachessia risponde

un malo abito esterno; ond'è che fino dalla più superficiale disamina si legga scolpita la così detta diatesi. Si presume difatti dai tessuti bianchi pallidi e cascanti, dall'occhio spazioso e ceruleo, dal collo lungo e profondamente nodoso per catene e pleiadi gangliari, dal pelo biondo sottile ed arido, dal corto e quasi retto diametro bisomerale, dalle salienti clavicole, e dalle prime costole appianate colle successive arcuose di troppo, dalle scapole alate, da tutta la persona debole sottile ed alta per lo più, dal calore soverchio della cute, da'rubori fugaci delle gote, dalle unghie ricurve alquanto, dal respiro che si affanna dal moto. La presunzione si accresce per le notizie del retaggio, delle affezioni glandolari sofferte, delle raucedini frequenti ed abituali, cui se aggiungasi alcun' altra prova, la presunzione tocca alla certezza morale.

Or bene cotesti individui presentano una forma loro di pericardite, la quale vuol' essere considerata singolarmente dai pratici.

La pericardite tubercolare è per lo più subdola nella origine, lenta nell'andamento, micidiale nell'esito. Precedono delle febbri che nello esordio e desinenza loro possono aver tutta la sembianza di accessi periodici, quali appunto si avvertono nelle sordo-flogosi delle membrane sierose. A queste febbri, consideratane la indole ed il fondo anatomico, noi non sapremmo dare appellativo migliore di Febbri eruttive del tubercolo. Nello accendersi delle medesime, il processo tubercolare si stabilisce, quasi diremmo, ad onde sopra il tessuto sieroso. A chi và sulla traccia di sintomi razionali, com' è detto nelle scuole, appariscono questi sul principio, assai discreti e rimessi. Il polso difatti è per lo più celere, fiac-

co, e quasi regolare, quindi mano mano abbandona l'ordine, e costituisce un saliente fenomeno. Il respiro si rende affannoso, havvi qualche colpo di tosse inane che ripetesi talvolta ostinatamente, fino a provocare il vomito delle materie contenute entro lo stomaco. Le gote si arrossano fugacemente, il calore è diseguale nelle varie regioni del corpo, ma molto animato nel torace, ai lati del collo, alle ascelle ed alla fronte. Un sudore viscoso e talora quasi freddo comincia ad apparire sul dorso, sullo sterno, sul capo, sulle mani. Le orine pallidissime nella febbre, si fanno poi sedimentose, abbandonando al fondo elementi organici regressivi. Ma sù tutti questi fenomeni generici del tubercolo erompente, havvi d'insolito una interna ambascia che si fa indivisibile dal quadro morboso, ed ispira le più alte sollecitudini nel medico, ed una straordinaria irrequietezza nello infermo.

A chi vada però cercando la diagnosi anatomica, non tarda gran fatto ad apparire, tralucendo dal polmone quella del pericardio; provata dal rumore caratteristico del soffregamento pericardiaco più o meno aspro, che si congiunge ora a notabili fastidî sull' area, (senso di pesantezza, di oppressione, di ardore, di cupo dolore) ora a nulla di tutto questo.

Ma se generalmente parlando, cotesto processo si atteggi ad insidiosa lentezza, epperò alla mancanza di alcuni tra sintomi classici, può bene avvenire che la eruzione tubercolare per entro al pericardio, commuova un tratto la espressione flogistica la più acuta e la più limpida pel doppio ordine fenomenale, e rivesta anatomicamente oltre le usitate sembianze, quelle pur singolari che spettano alle flogosi svolte in presenza di una cagione

irritativa permanente. Lo che val quanto dire: che in tale fatto anatomico speciale, seguane l'ulceramento con tutte le sue conseguenze. Innanzi a questo complesso clinico anatomico, la diagnosi della pericardite tubercolare può sorgere sicura a' medici analitici. Difatti, lasciando da parte eziandio tuttochè accennammo intorno a' retaggi, alla diatesi improntata sull'esterno individuo ond' è costituito l' abito tubercolare; può essere di gagliarda conferma; 1.° la scrupolosa indagine del polmone; 2.° lo svegliarsi di una reazione febbrile co' soprannotati caratteri; 3.° lo apparire del soffregamento pericardiaco, disgiunto da solenni sintomi di pericardite; 4.° lo eccitarsi di questi dopo tali precedenti.

Dicemmo, la indagine del polmone poter essa scorgerne assai validamente. Perocchè ammettendo nella pericardite tubercolare, a differenza della pericardite dei tubercolosi, la mancanza dei più eloquenti fenomeni relativi al processo già svolto, non siegue però che dentro il viscere che respira, non rilevi l' ascoltazione criterî securi, onde desumere la esistenza del germe morboso. E quì senza discorrere uno ad uno tutti i fenomeni obiettivi riferibili a questo fatto, vuol' essere segnalato, tanto per lo studio di uomini assai distinti nell' arte della diagnosi, quanto per quello che abbiamo noi stessi istituito e ripetuto sopra lunga mano di casi clinici, che la ispirazione diminuita e la espirazione prolungata, la dove abilmente escludansi, come capaci a produrla e la vigente bronchite, e lo enfisema vescicolare; si ergano a sintomi esclusivi, univoci del tubercolo.

Non istaremo a ripetere ciò che accennammo intorno a' modi co' quali si risveglia nella fatti-specie la

febbre, tanto li riteniamo parlanti dell' indole e veri, esclusa che restine la natura periodica.

Posto che venga questo sicuramente costatato, e non corrisponda col resto de'sintomi a solenne processo flogistico orditosi nella custodia del cuore, nè consenta cogli elementi etiologici più usitati a produrla (reumatogenico, artritrico, pleuritico ec.) nè si leghi alla possibilità di altri prodotti morbosi anch'essi diatesici, dappoichè le prove negative esistano sull' individuo; porterà alla evidenza fisica la ragion produttrice, ed anche prima che si risveglino le reazioni inflammatorie con tutta la imponenza fenomenale, avrà sicuramente lumeggiato nel caso, la causa della forma morbosa.

Appena è mestieri parlare della pericardite de' tubercolosi. Fatto non infrequente nelle congiunture della tubercolosi sub-acuta, specialmente allorquando precedettero ripetute volte le forme della pleurite parziale. Non crediamo necessario pingere colle istorie alla mano questo fatto così mai ovvio e palese.

Istituita la diagnosi della pericardite tubercolare, n' è tale e sì conosciuta la gravezza, da essere superfluo il ragionamento pronostico. Non che non si protragga talvolta per lunghi giorni una esistenza così profondamente minata, ma egli è certo che pesando la indole della causa, e la qualità del processo anatomico, non possa quasi ammettersi scampo. Ed in vero: se il tubercolo sia quasi sempre la espressione più certa di una condizione profondamente viziata dell' organismo, ond'è che non possa mai, dopo la eruzione profonda e larga di esso, ritenersi possibile l' ammenda completa del processo, o la espiazione totale del principio infettivo: ognun vede che rimanga assai più a temerne lo aggravio,

che a sperarne la remissione. Il quale modo di giudicare trovasi conforme ed alla esperienza clinica ed alla ragione fisio-patologica. Si aggiunga, che surto un processo di flogosi reattivo allo stimolo, che il tubercolo istesso esercitò sù l'amitto cardiaco, torna quel processo a potente cagione di richiamo, di flussione, di aumento; e si fa provocatore di danni irreparabili sulla trama sierosa e sul muscolo. Lo dicano quanti videro sul cadavere la pericardite tubercolare.

Annotammo singolarmente un cuore da per tutto infiltrato di grandine tubercolare, in cui erano profonde e larghe ulceri di quella indole, ed aderenze multiple trascorse dalle speciali granulazioni, e finanche la trama ispessita del pericardio, e le lacinie connettive, vedeansi screziate di tubercolo; dimostrando così l'alta imponenza del rovinoso processo. Questo cuore apparteneva ad un giovine di 27 anni, scrittore di professione, che aveva dovuto lungamente applicarsi per sostentare la propria famiglia, e che vinto finalmente da tanta forza di male, riducevasi a vivere per ancora undici giorni in un letto. Tutto addimostrò la pericardite tubercolare, e le guide alla diagnosi, così solennemente sanzionata dal cadavere, furono quelle stesse, che noi tracciammo di sopra. In tanto impeto di morbo, l'arte rimase impotente, perocchè sia facile argomentare come quivi tutt'i preconizzati metodi curativi incontrino gagliarde contradizioni, specialmente quello del salasso e dei mercuriali. Burrows toccando questo argomento, dichiara anch'esso la necessaria riserva nella cura, proponendo invece gli iodnri e quanto può aver ragion di pratica nel curare il tubercolo. Ma noi francamente ci sconfidiamo di ottenerne successi, e vediamo in questo uno di quei

tanti casi, ne' quali un medico veggente salva il decoro dell' arte dietro una diagnosi esatta ed un ferale pronostico.

Alcune avvertenze cliniche intorno la pericardite.

§ XIX. In queste ultime linee che intendiamo singolarmente consacrate alla pratica, non faremo che descrivere alcune impressioni da noi ricevute esaminando infermi e leggendo scritti di pericardite.

Quando non sia primitivo lo attacco flogistico del pericardio, lo che ben rare volte succede, lo adduce quasi sempre la pleuritide del lato manco. Una zona sierosa spiegata in più rivolgimenti allora che in uno di essi venga tocca d'infiammazione, costituisce per gli altri cotale minaccia, da ritenerla a buon dritto come ragion sufficiente delle novelle invasioni. La continuità o la contiguità di un tessuto omologo, dotato per tutto il suo ambito, della istessa funzione, ed oltre tutto questo la intima natura della flogosi, accreditano le apprensioni del medico, cui fanno seguito le osservazioni dell' anatomo-patologo. Incidendo i cadaveri, si trova difatti che una zona sierosa vicina a quella che s'infiammò presenta a volte una tendenza coartativa, una secchezza, una lucidità non sua. Questa generica rimozione dalla norma, si addimostra come il prodromo anatomico del processo, e talora n' è lo anello medio tra due liste che s'infiammarono. Cotesto fatto non và senza corollarî clinici, perch'egli è certo che intervengano le forme subdole di pericardite a preferenza in que'casi, ne'quali verificatasi la disposizione diffusiva flogistica, se ne rivelano meno pronti e salienti i sintomi relativi; appunto perchè, e sotto il rapporto anatomico e sotto quello fisiopatologico, fu da qualche tempo preparato lo attacco. Però come è mestieri lo antivedere una probabilità, così fa duopo provarla attuata. Nella

oscurità de' fenomeni subiettivi, nello indugio degli obbiettivi, ci troviamo in una congiuntura difficile, per la quale è di tutto che dobbiamo far calcolo. È a sapersi che se durante un attacco pleuritico, e polso cardiaco ed eccentrico interrompano a un tratto l' armonia vicendevole, cosicchè n'emergano differenze notevolissime, avremo colpito un sintoma indicatore. Questa osservazione che asserisco aver fatta nella santità della fede medica, prima che la leggessi colla massima compiacenza annotata da Chomel e ripetuta da Graves, è di altissimo valore.

Ma non dobbiamo dissimularci che nel repentino insorgere di siffatto fenomeno, e sopratutto quando il momento etiologico della infermità primitiva fosse a ritenersi lucidamente reumatico; potrebbe darsi il caso che invece dell' esterno fosse investito lo interno velamento del cuore.

Cotesta dubbiezza peraltro durerebbe assai poco, non potendo tardare gran fatto a pronunciarsi la intera forma clinica differenziale. Oltrechè non ci mancherebbero nemmeno argomenti a presumere. E potrebbe in primo luogo valutarsi quello, che per la esterna anzichè per la interna flogosi sierosa, stiano le notate ragioni di prossimità anatomica; e seppure volesse omettersi la differenza che presenterebbe nell' un caso e nell' altro la qualità della palpitazione cardiaca, che nella endocardite, siccome vedremo, ha caratteri segnalati, non sarebbe a tacersi che la irregolarità e la grande celerità spettino meglio alla pericardite. In questa, la disproporzione potrebbe persistere alcun tempo e poi dileguarsi; ma nella endocardite è fenomeno permanente. Gioveranno esse codeste guide? a tutto, parmi, se è vero che la felicità di

una cura stà quasi sempre in rapporto della pronta diagnosi per la quale ci vien dato combattere la infermità ne' primordî, con mezzi idonei e vigorosi.

La facile diffusione flogistica dall'una all'altra zona sierosa, persuasero Graves a ritenere la pericardite frequente così come la pleurite. Noi ci allontaniamo francamente da questo asserto; e sebbene la flogosi di cui ragioniamo , incontrisi molto più frequentemente di quello non avvisavasi ne' tempi trascorsi, per difetto di dottrine diagnostiche ; pure non potremmo in guisa alcuna, colla sperienza a guida, accettare le parole del classico inglese. Non dimenticheremo però giammai il « *Romae scribo* » di Baglivi.

Talune volte avviene che nel volgere di una infiammazione toracica appaiano sintomi flogistici riferibili al pericardio, e quindi rapidamente dileguino, per poi ricomparire o no. Osservazione valutabile anch' essa, tanto per la diagnosi progressiva, quanto per l'applicazione di una cura conveniente. Il sintoma nel caso potrebb'essere, oltre le notate qualità del polso, anche un dolore che destisi più o meno acerbo di sotto allo sterno e che poi svanisca. Potrebbe dirsi: e chi non conosce la fallacia di alcune neuralgie?.. chi non sà che il dolore taluna volta puntossi a quella parte del petto ch' era risparmiata dal processo provocatore ? Sommi uomini lo attestano e tra gl' italiani il Gola medico rispettabilissimo. Ma coteste notizie sebbene assai scientifiche, non ci permetteranno giammai di omettere le indagini necessarie sull' area ove si pronunciava il dolore, fosse stato anche per poco. Difatti, un altro nonnulla basterebbe ad accreditare quella diagnosi che sarebbe tuttavia quistionabile: p. e. un semplice soffio, siccome notammo, co' carat-

teri esocardiaci ! Ebbene la istantaneità di una cura razionale potrebbe declinar la minaccia o prevenire un fatto più grave. Più volte ebbi il destro di avvertire tutto questo nella mia privata pratica, come pure di segnalarlo nella sala clinica ad istruzione de' giovani allievi. Per contrario, posso sulla mia fede asserire che la più certa manifestazione di un soffregamento pericarditico surto a un tratto e costatato da tutti, in poche ore svanì. Ma però da questo avvenimento, non dovremmo noi credere ciecamente che la scomparsa di un sintoma, significhi sempre dileguata malattia. N'è prova lo aver osservato que' fenomeni che ammansirono, di tal guisa rinascenti, da farsi quindi pertinacissimi e refrattarî a qualsivoglia localizzata applicazione. E ciò torna tantopiù valutabile per quanto meglio è sicuro, che nel trattamento della pericardite il vantaggio della cura topica sia rilevantissimo.

Sei, otto salassi non farebbero quanto poche sanguisughe applicate sù l' area esterna corrispondente al pericardio, e lasciate sanguinar lungamente. Del pari, il valore del mercurio e dell' opio adoperato con abilità per la via endermica, riesce ammirabilmente, e produce effetti assai più salutari che molte dramme di calomelano amministrate per lo interno. So che i clinici d' Inghilterra non penserebbero a questa guisa. Essi forse ne avranno ben d' onde a casa loro ; ma qui in Roma, la saturazione mercuriale così grandemente caldeggiata da essi, non addurrebbe certo i celebrati vantaggi. Parlo per esperienza.

E poichè siamo sù cotesto argomento, parrò consentaneo alle mie premesse, se quì mi permetto annotare: che le lezioni cliniche di Graves e Trousseau ver-

sate con diurna e notturna mano dai medici della Penisola, sono riuscite ad ispirare fra nostri fratelli, una specie di dommatismo. Lungi da noi ogn' idea che non sia di ossequio a'pratici così distinti; ma lungi del pari ogni cieca servilità. Difatti, Graves inchinato pure dal clinico di Parigi con un'arrendevolezza di animo paradossale in Francia, non è poi sù l'argomento, un fonte di verità ineluttabili. Egli dà principio alla sua lezione [1] con queste poco confortanti parole « La perfection est impossible dans le diagnostic des affections du coeur ». Saranno esse accettabili o si potrà da noi senza tema di riuscire baldanzosi, contraporre queste altre « La perfezione è possibile nella diagnosi delle affezioni del cuore, ma non con la teoria inglese? » Rimettendo ad altro luogo la dimostrazione del nostro teorema sulle malattie organiche del viscere, verremo quì solo scorrendo di un guardo rapidissimo alcuno degli ammaestramenti di Graves intorno la pericardite. Vedemmo già siccome la pensa in ordine alla frequenza di cotesta infermità paragonata colla pleurite, e ne dissentimmo: ora dissentiremo in ordine al pronostico; perocchè egli non esiti a riguardare cotesta malattia eguale in gravezza alla infiammazione della pleura « D'une maniere generale je « ne regarde pas l' inflammation du pericarde comme « plus dangereuse ou plus rebelle que celle de la pleure ».

Tralasceremo l'analisi dei sintomi subiettivi, sebbene ci paia che siavi la omissione di parecchi, ed il soverchio colorito di altri, riferiti sopra tutto allo scoppiar della flogosi. Siamo però colpiti di meraviglia nel leggere il seguente dettato pratico « tant qu' il n' y a

[1] Quarante-septieme Leçons de clinique Médicale de R. I. Graves. Paris 1863.

« pas d'epanchement dans le péricarde, n'appliquez ja-
« mais de véssicatoire. » Eppure egli è certo che al pari di una pleurite, intervenga il caso di una pericardite pseudoplastica genuina; ed è certo egualmente che i rumori di soffregamento sieno rimasti isso fatto profondamente modificati, dietro l'applicazione di un epispastico locale. A che dovrebbe ciò attribuirsi, se non alla profonda modificazione degli essudati, prodotta dal vescicante? E sia pure che voglia rispettarsi il precetto di Sydenham, sebbene molti pratici si accorderanno nel vedere frequenti e solenni l'eccezioni, non vi sarebbe egli mai tempo opportuno, perchè si renda utilissima cotesta pratica? Per mio solo conto avrei parecchie istorie a narrare, le quali risponderebbero di felicissimi risultati.

Nè ci sembra più accettabile in massima la insinuazione seguente che fa Graves a'suoi allievi « Souvenez-vous avant toutes choses que les bruits produits « par le frottement péricardiaque, ont la plus grande « rassemblance avec ceux qui résultent des lésions val-« vulaires ». Difatti se vi esistono rassomiglianze, non mancano differenze notevolissime; e noi ci lusinghiamo averle addimostrate. Quando poi ci facciamo a considerare tutti i particolari del caso di Mulcahy, ci sembra ch'essi non riescano a provare luminosamente l'anzidetta proposizione. Il cadavere inciso lo addimostrò. Eranvi - anasarca generale - due vasti spandimenti nelle pleure - il cuore a manca aderito al polmone *(le coeur est accolè au poumon!)* - i due visceri in contatto della parete toracica, per segno che il cuore era in rapporto intimo collo sterno e le cartilagini costali - non liquido nel pericardio - ma la superficie sierosa tapezzata di linfa

plastica - a livello della base del cuore briglie estendentisi da una parete all' altra - in questo punto lo essudato sembrava essere recente - si poteva distaccar facilmente ec. - il cuore esso pure ipertrofico - i ventricoli dilatati - endocardo, valvole, aorta ed arteria polmonale sane. V'era dunque di che spiegare i rumori prolungati oscuranti i suoni cardiaci, senza tener conto pure della recente pericardite! Vediamolo anche dalla storia.

Mulcahy era intemperante per abitudine, soffriva di palpitazioni violente e di dolore al cuore. Andava soggetto a deliquî che per lo più terminavano col vomito; egli esercitava il mestiere di musico ambulante, suonava un istromento da fiato, quando incontrò un reumatismo, seguito da dispnea considerevole e da anasarca. Lasciamo il resto di questa storia per fermarci a considerare, che la pericardite nel caso non era la lesione culminante, e che molto male a proposito si sceglieva cotesto esempio a dimostrare, che i rumori indotti dallo strofinìo del pericardio hanno la più grande somiglianza con quelli delle lesioni valvolari. Quivi difatti ognun vede, che data pure la integrità delle valvole e concesso ciò che poteva spettare agli essudati pericarditici, rimaneva un' altra grande lesione che avrà senza fallo contribuito a produrre i rumori di cui fa parola il Graves.

Ma prima di lasciare siffatto ragionamento, annoteremò, che la osservazione dei rumori fatta da Graves, aveva ciò di singolare ch'essi non udivansi alla punta del viscere, e ch' erano perfettamente distinti all'origine e sul tragitto dell' aorta. « Ces bruits n' étaient perceptibles qu' à la base, il n'y en avait aucun vestige à la pointe du coeur ». Ci arresteremo sù questo anche perchè abbiamo letto in qualche lavoro de'nostri italiani

espresso il principio, che, ne' rumori della pericardite di rado si avvisi la coincidenza col battito della punta del viscere. Ora se di ciò volesse farsi un carattere differenziale del soffregamento di cui ragioniamo, non sappiamo se più falsa o più assurda idea potrebbe significarsi nella patologia cardiaca. Gli attriti sono allora più sensibili, quando meglio il cuore venga a contatto del pericardio; lo che facilmente dimostra la erroneità del criterio. Solo allorquando o l' apice fluttui in un liquido discretamente raccolto, od abbia contratto aderenze periferiche colla custodia, o tali sieno gli essudati che risultino tenui e giovani nell' imo del pericardio, aspri e più antichi alla base, rimasta libera da imbrigliamenti; potrebbe verificarsi il fenomeno. Ma questi casi denno considerarsi come eccezioni, rimanendo nel contrario la norma. Difatti il Graves istesso riportando la storia pubblicata da Watzon, si contradice. « Dans ce cas » riferisce l'autore « le bruit rappellait exactement le mouvement de « va-et-vient de la scie sur du bois; c'était le plus éclatant qu' il eût jamais entendu. Ce bruit était nettement perceptible *dans toute l'etendue de la poitrine.* soit « en avaut, soit en arrière; il devenait seulement un peu « plusfaible à mesure qu' on s'éloignait du coeur; en ap- « pliquant votre oreille sur l'une des omoplates, vous « eussiez cru entendre les vibrations profondes de la cor- « de basse d'un violoncelle. A l'autopsie, on vit que « le péricarde était tapissé dans tout son étendue, sauf « en arrière, d'un mince revêtement de lymphe grisâtre « solide, très rugueuse. Cette exsudation était herissée « de petites papilles qui naissaient de tous les points de « sa surface : elle avait une consistance presque cornee; « elle était rapeuse et résistante au toucher ».

Continuando nella lettura di Graves intorno la pericardite c' incontriamo in queste altre parole. « Un « autre fait non moins remarquable, c' est la disparité « surprenante qui existe entre l' energie de l' action du « coeur et la force du pouls: vous rencontrerez souvent « avec des pulsations cardiaques tres violentes un pouls « faible et filiforme au poignet ».

Quest' avvertenza però se quadra a capello col fatto della endocardite, e di questa può dirsi propria, non è così della infiammazione del pericardio; giacchè se in questa pure la si vegga intervenire è a tenersi, relativamente a quella, come transitoria. Non ci occuperemo delle prove, sicuri che i medici osservatori non nè abbiano duopo, e che non possa sfuggire nella pratica loro, la realtà differenziale dello avvenimento in discorso.

Dice inoltre Graves « On a crù pendant longtemps « que dans la pericardite, le pouls est invariablement « acceleré, excepté vers la fin de la maladie, alors que « l'activité du coeur est epuisée, ou que ses mouve- « ments sont empechés par le liquide de l' epanche- « ment. Cette assertion est si loin d'etre exacte que « dans plusieurs faits que j'ai observés, le pouls ne s'est « pas elevé au dessus de la moyenne normale, depuis le « commencement jusq' a la fin de la maladie ».

Consultino i nostri confratelli le memorie e la sperienza loro e dicano in buona fede se la è così! E quante mai non potrebbero addursi autorità di uomini celeberrimi contro le suddette parole? Ma su tutte, facciamo dritto a due delle nostre. Il celebre Sachero [1] clinico

[1] De pulsibus organicis diagnosticis et prognosticis nec non de insigni corum utilitate in morborum therapia dirigenda. Specimen cum iconibus

torinese, autore di un egregio libro sulle malattie del cuore, si pronuncia contrario a simile dettato, confortandosi eziandio dell' autorità di un medico romano riputatissimo « Erano i polsi, ita clariss. Iacobus Folchius, (riflessioni sulla diagnosi della carditide e pericarditide) di una mediocre energia, inchinevoli piuttosto alla debolezza, e quel che è da notarsi, *di una celerità tale che riusciva difficile numerarne a lungo le battute* ».

Ho voluto presentare ai colleghi queste linee, sicuro di avere espresso le identiche osservazioni critiche ch' essi avrebbero fatte, e son tanto certo di ciò, che io non vi annetto veruna importanza personale, ritenendole effetto genuino di quella critica sobria ed intelligente ch' è tutta propria delle menti d'Italia. Però converremo volenterosi ed ossequenti al vero, che senza tarpare un nonnulla al merito grandemente artistico di Graves, dobbiamo essere ben lontani dal credere e ritenere dommatiche le sue lezioni di medicina.

In Francia da ultimo (1863) nella già citata opera di Marey nel § 225 « De la pericardite » si leggono « queste parole « L'une des affections le plus difficiles a « diagnostiquers, est la pericardite, ici, en effet, le signes « fournis par l'auscultation tendent souvent a tromper le « medicin plutot qu' a le guidér dans son diagnostic ». A rimediare a questo sconcio gravissimo, propone l' autore una curiosa risorsa, ed è la prova sfigmografica ch' egli ottiene col suo apparecchio descritto nel § 52 ed illustrato colla figura 23 mostrandone la preferibilità a tutti i fin quì progettati da Herisson fino a Vierordt. « La forme graphique du pouls peut donc, ici encore, « rendre de grands services » e ci da le figure 219, 220, 221 per tipi del polso nella pericardite.

Stimo, che presa esatta contezza di simile proposta, ci verrebbe spontaneo sul labro un sorriso, per la piacevole eccentricità francese.

Se dunque abbiam' occhi a vedere ne' campioni stessi della medicina Europea quelle mende che sono purtroppo inseparabili dalla fralezza umana; mi par' egli tempo, o medici d' Italia, di sorgere alla riscossa della nostra scienza, che non sarà poco beneficio lo averla francata del suo lungo ed ignominioso servaggio.

Ma riprendiamo il filo delle nostre osservazioni.

Spieghisi come si voglia, colle antiche o le recenti teorie, il fatto delle metastasi è incluttabile. Ora s' incontrerà la quistione: se taluni avvenimenti notati da' pratici espertissimi, come sarebbe quello di aver ritrovate delle once di pus fluidissimo entro la custodia del cuore, integre o quasi le membrane; abbiano a ritenersi indipendenti da flogosi delle medesime, oppure sieno a giudicarsi effetti di accresciuta vitalità, specializzata dalla causa produttrice. Io mi atterrei a questo secondo modo di vedere, facendo pure diritto agli studî recentissimi di notomia patologica. Se non che vado persuaso, che questi fatti compiutisi senza lo intervento de'sintomi classici della pericardite, abbiano dovuto almeno motivare i fenomeni di un eccitamento secretorio. A questo novero possono riferirsi alcune repulsioni che s' incentrano nel cuore e negli involucri di esso. Ricordo un vecchio che bagnato da cima a fondo per impetuosissima pioggia di autunno, così come era grondante acqua, si fece dappresso a un camminetto ove ardevano molte legna, e rimastovi per ben lungo tempo, cominciò ad ansare per la respirazione ch' erasi fatta mezza, ed accusar sensi di deliquio ognor più crescenti pe' quali

in poche ore si rese cadavere. Una ingente idropericardia spiegò la fine rapidissima di questo infelice. Chi ardirebbe pronunciarsi quì per una genuina pericardite pregressa?.. Eppure non si può aver dubbio, che gli esalanti pericardiaci non avessero dovuto concepirne una irritazione ipersecretoria, donde il danno letale.

Cotesti fatti impongono per un altro genere di ricerche, ed è quello di ben definire, quando abbiavi, la ragione sufficiente degli incentràmenti. Così come ci è noto il fatto di una pericardite de' cardiopatici, in pari guisa, debb' esserci conto, che una preesistente morbosa condizione del cuore, potrebbe aver accagionato cotesti danni.

Altra osservazione di massimo momento mi parve quella, in cui si trovò una recente pericardite sul cadavere, senza prima averne avuto sentore, sendochè si trattasse di gravi raccolte siero-purulente a destra od a sinistra del petto. Può adunque intervenire, che la ragion ultima di morte in uno di cotesti individui, abbia a riferirsi allo scatto della pericardite invadente sotto tanto danno delle sierose laterali toraciche. Tali casi che oggi possono essere fatti più rari dal medico veggente ed operoso, poggiano sulla osservazione singolare che il cuore sotto lo aggravio di uno spandimento, sia più che in altra circostanza disposto a concepire un sordo processo di flogosi ne' suoi invogli. Le autopsie diligentemente istituite dimostrarono intera questa verità, colla natura degli essudati tenui, giovanissimi, tremolanti, e talora rossastri come quelli che si avvicinano pe' caratteri esterni ad una gelatina di ribes. Da tal fatto, si debbe trarre un argomento di più a favore della puntura del petto; senza intendere però che sempre debbasi

abbandonare al tre quarti ogni raccolta. Così prevenuti di cotesta emergenza che può troncare in breve tempo una vita, potremo condurci nella guisa che stimeremo migliore pel vantaggio de' nostri infermi. Credo che osservazioni di tal genere siansi fatte da molti.

Quanto a' versamenti del pericardio, notabile n' è pure lo avvenimento indipendente da qualsivoglia altra cagione che non fosse il semplice fatto della coesistenza di una idropleuria sinistra. Tuttochè la diagnosi risulti evidente, egli è a sapersi che sbarazzando il petto del fluido versato per mezzo della puntura, ne' casi ov' ella convenga, un vantaggio pronto e quasi sempre sicuro l' ottiene lo infermo col dileguarsi pure dello stravenamento pericardiaco per mezzo delle urine che schiudonsi in copia. Da che risulta, quanto faccia mestieri scrupolosamente indagare se precorsero o no sintomi di pericardite. Perciocchè questo vantaggio sia soprattutto sperabile alloraquando gl' invogli cardiaci si distesero da fluido ch' ebbe origine per compressione. Potrei addurre più istorie risguardanti tal fatto; le ometto nella fiducia che al diligente osservatore non sarà difficile convincersi di questa realtà, come non è difficile al medico fisiologo ritrovarne la causa.

L' applicazione de' vescicanti sul petto di un infermo d' idropericardia tuttochè possa nelle prime volte riuscire quasi infruttuosa, non deve abbandonarsi. Tra molti casi che dimostrano siffatta verità, ne ricordo uno testè veduto da me e mostrato ad altri medici nella via de' pastini, caso nel quale credetti giunta inesorabilmente l'ora della puntura. Quando una notte, per l'area vescicata poco prima, cominciò ad avvivarsi tale uno stillicidio di sieri, che bagnarono incredibilmente più

lenzuoli, e scorsero pure in copia ragguardevole pel pavimento. Lo che certo avrebbe trovato me pure dubitoso nel credere, se invece di aver veduto co' proprî miei occhi, avessi udito raccontarmelo da altri che ne fossero stati testimonî. Le orine in questo infermo si negarono protervamente: eppure dopo siffatto fenomeno, diminuì a segno la mutezza dell' area cardiaca, e si calmarono di tanto le ansie morbose, che da un'ora all' altra parve risollevato come per incanto.

Come di grave imbarazzo può essere nelle lente flogosi delle membrane sierose, e quindi pure in quella del pericardio una vicenda febrile che quasi si accredita di natura periodica; così un assalto violento di pericardite, avvenuto in mezzo alla più fiorente salute, può impensierire per un accesso pernicioso. Nè potrebbe a tutte prime esser facile in taluno incontro sceverare cotesta flogosi nascente, da un grave accesso febbrile che stanziasse il suo sintoma nel sistema cardiaco; vuolsi quindi una suprema accortezza. Orbene: come sarebbe molto prudente astenersi da chinacci, specialmente allora che quelli accessi non rivestano una imperiosa gravezza, ed attendere con sollecitudine alla ricerca dei sintomi obbiettivi che potranno arrecar luce in quest' ambiguità; così nello istantaneo assalire di una forma imponente, egli è indubitabile che se lo infermo presenti una tregua decisa in una al declinar della febbre, e la località non riveli all'ascoltazione più attenta i sintomi flogistici, debba assolutamente propinarsi il farmaco, ed in tal guisa che assicuri il pratico versante nelle ambagi, almeno per un de'lati. Ho motivato questo possibile avvenimento perchè tale mi occorse due anni or sono visitando un malato nella città. Era questi un giovane signore, deditissimo

alla caccia, il quale tornando in città aveva risentito lungo la via un freddo intensissimo. Entrato in casa e collocato in letto tardò molto tempo a riscaldarsi accusando un interno soffrire indefinibile. Nella regione de' precordî, indi a non molto, i sintomi più imponenti si pronunziarono, ed il giudizio a primo tratto dovette balenare d' incertezza.

Le applicazioni topiche potranno grandemente soccorrerci nella stretta, nè paventeremo l'amministrazione di qualche dose di preparato, anche perchè non andremo dimentichi mai, che pure in una fiera pericardite di assalto, siamo talora autorizzati, anzi costretti a servirci dei stimolanti.

Notabile è ancora che se hannovi circostanze nelle quali il sintoma comitante un accesso pernicioso, possa quindi arrogarsi il primato, siccome saggiamente il Torti stesso ne avvisa, questo sarebbe il caso sopra ogni credere ovvio; ben sapendosi quante poche ore bastino a far sì che una membrana sierosa si travolga in un lavoro secretorio idroplastico od idro-pioide.

Fissare il termine medio della durata di una pericardite a 18 giorni circa, come pretesero Louis, Hache e Pigeaux è cosa poco interessante, perchè veramente poco scientifica. Dopo aver noi veduto di quale e quanta variabilità ne risulti la forma anatomica, potrebbesi a buon diritto lasciar da parte il pensiero di qualunque comento intorno la notata proposizione. Se non che, potrebbe sempre addimandarsi: sarebbe poi vero che la pericardite incominciò solo allorquando se ne rivelarono i sintomi parlanti? Se consultiamo gl'inglesi che in queste ricerche parvero accuratissimi, avremo ben donde rimanerne esitanti. D'altra parte poi non crediamo, possa

in guisa alcuna impugnarsi lo esito, in brevissimo tempo, felice di cotesta infermità allorquando venne combattuta vigorosamente sul nascere, e più assai sulla località, che sull' universo organismo.

Degnissima di speciale osservazione è la suscettibilità che s' incontra ne' convalescenti di pericardite tanto considerata moralmente come fisicamente. Per la prima, ci si presentano paurosi ed incerti gl' infermi, quasichè trepidassero la ricaduta ad ogn' istante: ed è questo appunto quel senso intimo che si vede non disgiungersi da alcune forme di morbo cardiaco, tra le quali primeggia l' angina del petto. Per la seconda, notiamo il cuore pulsante con vivezza e picciolezza insolita, quasi che reliquie del morbo fossero una irritazione congiunta ad una debolezza. La cautela che dobbiamo usare in siffatti casi, non si dirà mai soverchia: ed una cura riparatrice senza eccedere negli stimoli, ed il riposo protratto, ed il sonno lungamente conciliato, e lo scrupoloso astenersi di talune consuetudini, di quelle su tutte che si riferiscono alle bevande del thè, del caffè, ed all' uso del fumar tabacco, saranno i nostri più severi precetti. Si notò da Stokes con molta avvedutezza, che un patema dell' animo potè di molto indugiare la convalescenza della pericardite.

ENDOCARDITE

Cenni storici.

§ I. Al pari della esterna, può infiammarsi la interna sierosa cardiaca. Se taluni, rovistando nelle istorie mediche, richiamarono l' attenzione sù Galeno cui non era sfuggito il coloramento rosso delle interne membrane de'vasi, e se dopo il medico di Pergamo, citarono Guido da Cauliaco, e poi Boerhaave, e quindi Lancisi, Morgagni, Senac, Hunter, Hogdson ed altri; convennero tuttavia nel riconoscere, che da tutti questi non uscì la notizia della flogosi dello interno velamento del cuore.

Kreysig peraltro sotto il nome di *cardite poliposa* ha segnato una orma notevole, che non potrebbe trasandarsi senza preconcetto disegno. E quantunque Bouillaud esca in tali parole « On se tromperait beaucoup si l'on croyait que sous le nom de cardite polipeuse, M. Kreysig « a reellement decrit la veritable endocardite » pure è certo che non sia chiamato egli solo a giudicarne. Aggiunge il francese, che debbasi sù questo argomento consultare Laennec, forse perch' egli credeva se stesso giudice troppo passionato. Ma ecco quello che ci dice Laennec « M. Kreysig pense que les concretions polypifor-

« mes, sont des produits et par consequent des preuves « d'inflammation. Si cette opinion est fondée, il faut « admettre que la membrane enflammée agit sur le sang « et le coagule, hypothese tout a fait gratuite ecc. » Però questa opinione gratuita, non è smentita dal Bouilland, che in tal caso avendo lasciato il campo a Laennec, non ha potuto non vederlo combattere con armi che avrebbero ferito anche lui. È per questo che si affretta a dirci il clinico della carità « sans doute, la coagulation « du sang que contiennent les cavités du coeur est un « des accidents que l'endocardite *peut entrainer a sa « suit* » ripetendo così in parte il dettato di Kreysig.

Del resto gli argomenti tutti co' quali Laennec ha creduto oppugnare la dottrina dell'archiatro sassone, cadono infruttuosi. Infatti, a che montava attaccare le aderenze del polipo sostenute da Kreysig, dimostrando darsi piuttosto un intricamento tra le colonne carnose ed i tendini delle valvole, od un'applicazione semplice alle pareti? Che guadagnò poi quando disse che non è se non se ne'soggetti giovani, pletorici, pieni di vita ed eminentemente disposti all'orgasmo inflammatorio, che formansi di colpo le concrezioni polipose del cuore; che però questi accidenti avvengono al contrario nell'agonia di quasi tutte le malattie, ed a preferenza delle malattie croniche che hanno addotto la cachessia, il marasmo, una debolezza profonda, e che sono state accompagnate da un'ostacolo al circolo; infine che il sangue non ha bisogno dell'azione degli organi sù lui, perchè si rapprenda, e che basta la stasi per separare la fibrina dalle altre parti ?

Tutte queste belle verità, non iscrollano punto lo ennciato di Kreysig, cosicch'esso resta qual'è. E seppu-

re volessimo ammettere che fosse riuscito Laennec ad atterrare la idea della flogosi poliposa, bisogna non iscordarsi mai che il sassone ha lasciato scritto così: [1] Dichiaro ..... che io non considero il polipo, il prodotto della malattia, come la cosa principale; ma bensì *la dinamica morbosa alterazione del cuore medesimo*. Se Kreysig fosse nato francese, Bouillaud in questa palestra sarebbe in Francia il secondo.

Però qualunque siasi la opinione circa il primato della scoperta, egli è indubitabile che se Bertin ed Andral fecero moltissimo sull'argomento, la palma si debbe tra francesi a Bouillaud, e che innanzi al 1824 non si aveva per certo la notizia compiuta su quella infermità che oggimai si possiede.

La questione che agitossi circa la natura intima dello interno velamento del cuore, è composta oggimai dal comune consenso, dietro le iterate prove che contribuirono all'unisono il microscopio, l'anatomia, la patologia. Ella è una sierosa. I nostri studî anatomici sù questo viscere, intrapresi per semplice nostra istruzione, sulla guida de' migliori pratici, ci dimostrarono gli evidenti raddoppiamenti paginali dalle cavità alle valvole. Le osservazioni patologiche ci fornirono in copia gli esempî delle flogosi di ogni grado, e de' relitti; cosicchè non avremmo potuto trovare i riscontri d'identità, se non se nell'aracnoide, nella pleura, nel peritoneo. Le ricerche del Castiglioni, del Panizza, gli studî di Alessandrini, di Burci, e di altri, dimostrarono come fossero solleciti i medici d'Italia a cooperare al perfezionamento di questa dottrina.

[1] Kreysig - Le malattie del cuore ec. Vol. III p. 134, ediz. di Pavia.

Lo endocardio istologicamente considerato, presentò a Kolliker tre distinti strati. Un epitelio cioè, uno strato elastico, ed un sottile tessuto connettivo. Costituito l'epitelio da uno strato semplice o doppio, presenta cellule nucleate trasparenti, poligonali, appiattite e generalmente un poco allungate [1] riposa sullo strato elastico composto per così dire di fibre longitudinali finissime. Il resto di questa membrana è formato da uno strato fondamentale di tessuto connettivo ordinario, con nocciuoli traversanti sù reti spessissime di fibre elastiche fine o grosse. I quali nelle orecchiette si scontrano numerosissimi ed intermisti talora a vere membrane fenestrate. L'endocardio de'seni rappresenta una vera membrana elastica a più strati.

Sulle corde tendinee l'endocardio consiste semplicemente in uno strato di epitelio, ed uno di tessuto elastico mancandovi il connettivo.

Le valvole auricolo-ventricolari sono lamine nascenti dagli anelli fibrosi degli orifizî. Ne' punti più densi hannovi tre strati, due superficiali dell' endocardio, ed uno intermedio connettivo.

Lo strato del tessuto connettivo endocardiaco è traricco in vasi, de' quali pochi ve ne ha nell' endocardio propriamente detto.

§ II. Prima d'inoltrarci alla descrizione del processo anatomico della endocardite egli è mestieri non ignorisi una specie di contestazione ch' ebbe luogo tra clinici ed anatomo-patologi intorno la esistenza di questa infiammazione. E sebbene il dissenso avesse luogo più sull'argomento singolare dell' arterite che su quello di cui ci

Processo anatomico della Endocardite

[1] Kolliker Elements d'histologie humaine

verremo occupando, ciò non ostante per nessuno sarà equivoco che la quistione diversa *ratione loci*, non sia identica *ratione rei*. Quali erano gli argomenti de' clinici? Il fatto aperto solenne irrecusabile della infiammazione improntata su queste membrane. Quali le obiezioni degli anatomo-patologi confortate anzi fondate sul microscopio? Il difetto de' vasi sanguigni sulle membrane di cui è parola. [1] E fra gli oppositori figurava Wirchow citato anche da Lebert, ma questi dovea ripiegare dinanzi a' fatti solenni, ed anche dinanzi alle dimostrazioni di Luscka che additò la presenza di questi vasi fino entro l'espansioni valvolari, e fattosi difensore della endocardite, la buccinò eguale nella *natura* e nella *istopatologia* al processo degli ateromi arteriali!

[1] Che il microscopio ginngesse nell'arte come prezioso ausiliare, non poteva negarsi se non se dagli avversarii sistematici di tutto che paia novità; ma che dovesse alla perfine il micrografo seder arbitro di ogni questione patologica, ella è tale una esorbitanza che non cape in intelletto medico! Spiegare i fatti in qoelle sottili vicende che sfuggono all'occhio, e subordinare qoeste spiegazioni al complessivo gindizio che veone fondalo in patologia per solo diritto di lnnghe e coscenziose osservazioni ed illazioni severe, così sul malato come sul cadavere, questo è il compito del micrografo: al di la non è che ridicola ogni pretesa. Forse chè per gli stodii quantunqne frnttnosissimi che vennero intrapresi intorno i capillari ed i fatti loro morbosi, si aggiunse o si detrasse un nonnulla alla cognizione sintetica della flogosi, che ci venne immotata da Ippocrate a ooi? L'illnstre Bufalini apprezzatore di qnanto è veramente inteso al progredire della scienza e dell'arte nostra, nsciva testè io queste memorande parole « Doloroso veramente egli è di dovere ben sovente nelle « nostre disqoisizioni scientifiche tornare alla considerazione delle più « elementari nozioni logiche. . . . . . . Non è forse scoperta veruna di « cui non si estimino maggiori le deduzioni che realmente non possono « essere, ed in questo modo non si elevino col mezzo di esse le teori- « che le più vane . . . . (Dallo Sperimentale - Febbraio 1863) » Così oggi stesso, a noi cho siamo istrutti della colla di Kant e di Ahrens e delle culminanti loro antitesi, a noi toccherebbe a considerare da on lato l'anima di Sthal, e dall'altra la cellula di Wirchow.

Appiccatasi la flogosi nello endocardio, essa vi si rivela al di sopra, stimmatizzandolo come un' altra qualunque membrana sierosa. Difatti nello stadio congestivo presenta un arrossamento od uniforme, o pravalente, o parziale , o diffuso per una miriade di punti finissima, appena apprezzabile a nud'occhio; arrossamento ben distinto da quello che ha luogo per infiltramenti da incipiente putrefazione. Nell' uno la tumefazione del tessuto connettivo sotto-sieroso, lo ingorgo gravissimo de' sottoposti vasi, la tensione della intera membrana, ora montata ad un rubore accesissimo, ora ad uno più cupo, la mancanza di bollicine gazose ec.: nell'altro gli opposti caratteri. Collo incalzare del processo, quivi anche hanno luogo essudamenti e rammollimenti ed ulcerazioni che però assai di rado s' incontrano , massime lunghesso la membrana che tapezza l' atrio cardiaco. Il sangue nella rapida e violenta foga circolatoria, distacca, discioglie, travolge gli essudati flogistici non appena trapelanti della rete stipata di vasellini , e non consente allo stratificarsi del pseudo-plasma. Nè da questi, come Wirchow istesso non impugnerebbe, sarebbe a temersi embolìa. Però se ogni ragione ci adduce a tal credere, non è a tacersi che incontraronsi talvolta di fatti luminosi a prova dello essudato endocarditico cavitario, ed è Luscka che ne ha presentato un ammirabile esempio. Noi spesse fiate abbiamo rinvenenuto questa opera flogistica al di sotto della corta metà dell' infundibolo valvolare, dove per l'azione fisiologica della valvola istessa, dimostrata da noi ne' prolegomeni, non è dato al sangue scorrere con lena gagliarda. Nè sola allo esterno è visibile l'orma flogistica, dappoi che pure sulle sottili sierose lo industre anatomo-pa-

tologo ebbe segnalato oltre il lavorio di superficie, quello interstiziale o parenchimatoso. Il primo, oltre a ciò che abbiamo detto, sebbene non sempre, pure si appalesa talora nel volgere del processo, con soluzioni di continuo ulceriformi, o taluna fiata, con aderentissimi getti pseudoplastici tra lembo e lembo di valvola, o tra valvola e cavità; l'altro si annunzia per ispessimento lamellare levigato o scabro, non altrimenti dall'esocardio; cui si aggiunge una tinta bianco-giallastra o perlacea, ed una specie di aggrinzamento o raccorciamento sulla normale distesa membranosa. Ma dove campeggia il processo flogistico è sulle valvole, anzi su' lembi loro. Quest' ingegni coercitivi del circolo non sentono in ogni parete loro lo sdrucciolare del sangue così, quanto sentono il peso della colonna del fluido circolante; perchè sono meno osteggiati nella stratificazione pseudo-plastica. Ivi difatti è ovvio l'osservare essudati più o meno completi, che ricuoprono talora, quale un altra membrana di nuova formazione, la interezza della valvola. Noi potemmo più di una volta svaginare per intiero una valvola, ed osservarne al di sotto con una semplice lente d'ingrandimento la condizione congestivo-flogistica, nelle più maravigliose sembianze. Non dobbiamo tacere che a questo carattere così parlante della infiammazione valvolare si opponga Lebert colle seguenti parole « Nous « sommes egalement tres circospects a admettre comme « fausses membranes o comme produits d'une exsudation « les membranes que quelque fois recouvrent le val« vules ou la surface interne du coeur. Dans le cas de « ce genre que nous avons examiné avec soin, il s'agis« sait le plus souvent des *simples coagulations* membra« niformes provenant des elements du sang et sourtout

« de la fibrine. - Le vegetations globuleuses ou verru-
« queuses des valvules ont aussi une semblable ori-
« gine ». [1]

Il lavorio inflammatorio pare investa il corpo stesso della valvola, ossia abbia le sue radici sulla zona fibrosa, donde la gradazione della macchia giallastra all'ateroma; cotalchè traluca anche per fatto patologico la intima sede del processo, il quale presenta così, o nell'enchima, od in superficie, lesioni flogistiche sempre apprezzabili, e che si palesano in complesso od a volta a volta con alterazioni di colorito, di spessore, di forma; opacamenti, addensamenti, essudati, rammollimenti, ulcerazioni, pertugi, escrescenze, raccorciamenti, adesioni, e depositi calcarei ed osteoidi.

Nello scorrere di questa serie morbosa, ognuno facilmente intravede come i varî fatti accennino a tempo diverso, a grado più o meno profóndo, perchè sorgano lucidissimi criterî differenziali sul come e sul quando la endocardite con siffatti esiti, abbia potuto preparare le più gravi alterazioni organiche consecutive.

Indi si parrà agevolmente qual debba essere ne'diversi stadî flogistici, e negli esiti loro la manifestazione de'fenomeni subbiettivi ed obbiettivi, su cui posa la diagnosi di una vigente ed anche di una pregressa endocardite.

§ III. La forma morbosa subiettiva della endocardite varia secondo ch'ella sia acuta o lenta. Di questa ci proponiamo trattare singolarmente, perchè quivi non è parola che della prima. Forma morbosa subiettiva.

La febbre nella endocardite acuta è sempre un sin-

[1] Traité d'Anatomie Pathologique generale et speciale.

toma molto ragguardevole; ragguardevolissimo se la infiammazione sia genuina. Essa è saliente in tutti i suoi attributi: nell'omotonismo, nel calore, nel polso, nella sete, nell'ambascia. L'infermo è per lo più splendente gli occhi, rubicondo le gote, con affrettato ed affannoso il respiro, secche le fauci, ardente la sete, arida e calorosissima la cute. Fluiscono le urine per lo più scarse e flammee, il polso largo o stretto, duro celere vibrato, ma su tutti i fenomeni domina l'ambascia, sintoma indefettibile nelle malattie del cuore.

Ove il concitato circolo provochi locali iperemie, e massimamente quelle del capo in soggetti ad esse inchinevoli, occorre il *sopore*, il *subdelirio*, la *cefalea* ed altri fenomeni che primitivamente non entrano nel quadro nosografico della endocardite.

Come è facile talune fiate a distinguere cotal gruppe di sintomi da altre forme affini, così talvolta riesce difficile da' sintomi subiettivi soltanto, argomentare la qualità della lesione anatomica, ond'essi scaturiscono. E ciò va detto principalmente allora che la flogosi della sierosa endocardiaca, avvenne secondaria o complicata ad un altra forma morbosa per sintomi subiettivi imponente.

Difatti: la endocardite può occorrere associata alla pericardite, alla miocardite, alla pleurite, al reumatismo, all'artrite, alle febbri eruttive, tra le quali primeggia il morbillo, ed a talune piressie gravi, come p. e. la tifoide, la puerperale, e la infettiva generalmente parlando. Però in mezzo a tutto questo, nel complesso fenomenale si lasciano scorgere al pratico avveduto talune espressioni sintomatiche che lo guidano alla ricerca dell'affezione in discorso, sebbene essa a prima fronte si occulti.

Il quale avvenimento fece sì che taluni negassero a torto la importanza de' fenomeni subiettivi in cotesta infermità, e tra questi figura Lebert. Oggimai, avvegnachè taluni enunciati riescano esorbitanti sotto una critica severa, purtuttavolta non potrebbe un medico dispensarsi in güisa veruna dal portare tutta l' attenzione sù i penetrali cardiaci, quando la ragione produttrice di una forma morbosa vigente, fosse a ritenersi di origine reumatica.

Debb'essere manifesto a chicchessia che nel considerare i sintomi subiettivi della endocardite incipiente non possiamo far calcolo di alcuni che s'incontrano nello avanzare dello svolgimento morboso. Difatti sarebbe inesattissimo accreditar quivi il *polso irregolare intermittente* come fenomeno primitivo; il parlar di *deliqui*, di *ortopnee* e di altri congeneri.

Un fenomeno sempre costante che si avvisa fin dallo esordio di tal forma morbosa è *la disarmonia tra il cuore ed il polso*. Lo che tiene a due ragioni valutabili. La prima, che sebbene il circolo arteriale leghisi al cardiaco come derivazione ad origine, pure si debbe tener grandemente a calcolo la forza delle arterie istesse, come potenza di circolo progressivo. Egli è quindi evidente, che la membrana sierosa endocardiaca debba reagire più potente, più pronta, più vivace allo stimolo del sangue, sendochè ritrovisi in abnorme condizione vitale; e ciò non avvenendo nelle arterie rimaste in condizione fisiologica, fa sì che stabiliscasi nella serie de'battiti un'alterazione d'impeto relativa. La seconda, che avvenuta la flogosi endocardiaca la membrana infiammata tenda a coartarsi, ed il tessuto congiuntivo sottoendocardiaco si rigonfi, e la reazione morbosa delle pareti

sollециti il numero degli atti cardiaci, così che questi si esercitino sopra minor quantità di sangue, e riparino colla celerità de'movimenti al difetto del fluido. Ora in tutta la ondulazione del sistema, debbe accadere che pure relativamente al numero delle pulsazioni cardiache, riesca minore quello de'battiti arteriali.

Sarebbe poi fuor di luogo nel caso non infrequente di endocardite e reumatismo a un tempo, descrivere il treno de'sintomi riferibili a dolori fissi o vaganti, alla tensione, al rubore, all'enfiagione de'muscoli o degli articoli. Quinci difatti, non trarrebbesi argomento diagnostico per la infiammazione di cui ragioniamo, ma soltanto un motivo di star sù gli avvisi per la probabile futura complicazione. Lo che ci varrà, siccome vedremo, moltissimo nel diriggere la cura.

La endocardite reumatica acuta può stare al reumatismo in più modi. O pronunciarsi come il prodromo dell'attacco de'muscoli e degli articoli che poi si verificherebbe; o costituire l'una località sù cui si appoggi una febbre di natura reumatismale, senza che quindi si vegga apparire la miosite o l'artrite; od occorrerci quale una contemporanea affezione; od una rapida o tarda successione morbosa. In tutte coteste contingenze possibili, il gruppo de'sintomi primordiali inclina alla variabilità, a seconda che il punto culminante dell'affezione si stabilisca diverso sul nostro organismo.

Muove quindi una interessante questione intorno al dolore che intervenga o no sulla flogosi reumatica dell'endocardio.

Il dolore propriamente detto terebrante, lancinante, acuto, continuo od a riprese nella endocardite non si annuncia quasi mai. Delle molte istorie che raccogliemmo di reu-

matismo - artrite - endocardite, una sola volta scontrammo un dolore pungitivo ardente, senzachè in quel caso ci occorressero sintomi obiettivi di pericardite. In questo la guarigione impedì si perlustrassero anatomicamente i tessuti componenti il sistema cardiaco, cosicchè quel fenomeno non ebbe per noi spiegazione certa in quanto alla origine sua anatomica.

Eppure il dolore più o meno acuto è sintoma indefettibile nell'artrite e nel reumatismo. Potrebbe adunque il difetto quasi assoluto di esso, nella grande maggioranza dell' endocarditi, quasi persuaderci od a negare la indole speciale irritativa alla flogosi che coesista nel centro, od a farci escludere quella flogosi istessa; considerando i sintomi che la dimostrano o che la fanno ragionevolmente presumere, siccome fenomeni di semplice irritazione riflessa, senza che esista un vero processo. Io credo che ragionar di tal guisa sarebbe sconfinare il dubbio oltre la logica medica, anche senza far calcolo di tutto il lume, che a sciorre siffatta quistione deriverebbe a noi dall'analisi della forma obiettiva. Si può ella negare al reumatismo ed all'artrite la indole diffusiva? La tendenza ad attinger muscoli e guaine muscolari? Si può essa misconoscere la trama muscolare del cuore e la natura dell'endocardio? Non era tale, suppongo, la convinzione di Chomel quando impugnava le prime assertive di Bouillaud, come egli stesso confessa.

Del resto siccome il dolore manifestasi più squisito laddove maggiori sono le propagini nervee del senso, e siccome lo endocardio non presenta a vero dire dovizie di questo sistema, perciocchè non siano state vedute fin qui giungere a lui se non se esili fibrille, che profondatesi da' plessi secondi nel solco coronario, lambiscono

appena lo strato congiuntivo sotto - endocardiaco; sarà in ciò senza fallo la ragion potentissima della quasi universale mancanza di cotesto sintoma negli attacchi di endocardite.

Non è peraltro che mancando di questa guisa il dolore facciano difetto *que' sintomi che riferisconsi alla pienezza congestiva del cuore, alla foga violenta del circolo, alla distensione delle cavità, alla reazione eccessiva della sierosa interna, allo stimolo elettivo del sangue*. Difatti se mancano le trafitture, gli ardori, i lampi, o frizzi dolorosi, esistono i sensi di pienezza, di tensione, di pesantezza, di lacerazione, di orgasmo, di ambascia; cosicchè rimanga nel senso pratico di assai ridotta la surriferita quistione. E quest' ordine di sofferenze quadra a capello colla *palpitazione cardiaca violenta*, di cui accennammo già l' esistenza. Non è difficile immaginarsi un cuore sotto la imponenza di un processo endocarditico, fatto rovinoso nel suo funzionamento, con esaltazione straordinaria di circolo nutritivo; ed argomentare quali possano essere le sue sofferenze.

Nel progresso della endocardite od allorquando intervennero lesioni anatomiche ragguardevoli tanto su le pagine cavitarie quanto sui ripiegamenti delle valvole, per ispessimenti, per essudati, per aderenze, può insorgere tutto lo insieme de' sintomi che riferiscansi ad uno stringimento o ad una insufficienza, o all' uno e l'altra a un tempo. Queste lesioni intervenute a mezzo il male, durando tuttavia la forma acuta, produrranno non solamente i fenomeni obiettivi che indi a non molto verremo considerando, ma aggraveranno benanche i subiettivi per la disproporzione funzionale esistente sul doppio cuore, massimamente allora che il sinistro, come av-

viene per lo più, sia esclusivamente investito. I quali sintomi, siccome ognun vede debbonsi riferire soprattutto a congestioni venose che si verificano appunto sui visceri più interessanti dell' organismo, ne' quali o presso i quali si trovino confluenti venosi. Quindi è che il cervello il polmone ed il fegato divengano la sede d'ingorghi più o meno gravi, onde accade che derivino ad ingrossare la forma morbosa, sintomi molteplici.

Altra origine di supreme angoscie sono i coaguli sanguigni che possono quivi intervenire per diverse ragioni, de' quali terremo proposito più tardi.

Oltre tutto questo, la endocardite vigente può rendersi a volte cagione potentissima di gravi e singolari danni alla economia, massimamente allora che la sua forma anatomica fosse ulcerativa: potrebbe quindi aver luogo una infezione pioemica od un embolismo.

Le scuole tedesche hanno magnificato questo punto di dottrina se nuovo nelle frasi non nuovo nel concetto, ed hanno veramente il merito di aver richiamato l'attenzione sulle conseguenze possibili di un fatto che già era in potere della scienza. Ma su questo torneremo a suo luogo; quì avvertiremo di passaggio che possano avvertirsi nel corso della endocardite i fenomeni usitati nella piocmia, accettandone il significato complesso così come lo ha proposto Wirchow.

Però la infezione sanguigna relativamente alla condizione morbosa dello interno velamento del cuore, dalle cose anzidette, si parrà talora come causa, talaltra come effetto.

Riprendendo ora il filo de' sintomi generici di una endocardite acuta, abbiamo che col volgere del tempo si presentino le prove più salienti dell' aritmia cardiaca

ed i fenomeni di oppressione crescente pel disquilibrio pneumo-emico nella trafila polmonale.

Alloraquando la forma morbosa fin qui descritta volga ad esito mortale, il rincalzar de' sintomi si aggiunge a' fenomeni della vita fuggente da'centri. Questa luttuosa scena che hanno di comune sullo scorcio sinistro tutte le malattie flogistiche del cuore, si compendia ne' polsi saltellanti, manchevoli, vermicolari, nel cuore che si riscuote a soprassalti, nel sudor freddo della fronte, nell' occhio smorto e lagrimoso, nel pallore mortale, nel respiro sublime, aneloso, singhiozzante, nelle oppressioni inesprimibili, nelle lipotimie succedentisi fino all' estrema sincope, nella prostrazione assoluta delle forze, nell' afonia, nel vaneggiamento, nel saltellar dei tendini, nell'algore dell' estremità, nell' angoscia suprema e nel rantolo di morte.

Forma morbosa obiettiva.

§ IV. Discorsi di tal guisa i sintomi subiettivi, veniamo agli obiettivi o statici che lumeggiano la nostra diagnosi.

Questi riduconsi:

1.° Alla esorbitanza funzionale cardiaca, disgiunta da quella de' vasi eccentrici.

2.° Alla qualità de' suoni cardiaci, od al risalto di taluni coefficienti fonetici.

3.° Allo sdoppiamento de' suoni.

4.° Alla presenza de' rumori, generati dalle sole condizioni di lesa vitalità.

5.° Alla presenza di rumori, eccitati da iatture organiche per effetto immediato di flogosi.

Degli ultimi però brevissimamente, sendochè tutto il dottrinale de' rumori per leso organicismo troverà il suo posto nel secondo volume. Veniamo alla disamina:

Un punto saliente sù cui posa la definizione clinica della endocardite, è siccome accennammo la mancanza de' rapporti tra il circolo cardiaco ed il periferiale. Difatti: ogni qual volta ne accada esaminare un infermo, cui retaggio o notizia di malattie pregresse, ce lo faccia presumere tocco d' ipertrofia; condizione unica che potrebbe imporre al più superficiale esame clinico: e troviamo che il cuore pulsa violento e rapido insino a scuotere il petto, mentre in rapporto sono tenui le impulsioni arteriose, esplorate nella periferia del corpo ; la foga, la forza, il tumulto del cuore ci chiama necessariamente al concetto irritativo o flogistico del centro circolatorio. Perocchè ne' fisiologici andamenti interviene, che il polso sia per lo più fido relatore della forza meccanico-idraulica onde si governa il muscolo principe, ed il polso istesso, studiato da personaggi dottissimi, fra quali molti segnaliamo Graves, si addimostrò, sotto le varie mutazioni che gl' imparte il moto, la quiete, il sonno, la veglia, il pasto, lo studio, il conversare ec. interprete accuratissimo del funzionamento cardiaco. Lo che ammesso, niuno non vede quanto sia da stimarsi nel fatto flogistico lo enunciato criterio. E tanto più quanto meglio è possibile sceverare il caso della ipertrofia del sinistro ventricolo con o senza dilatazione cavitaria, od anche con ristringimento della medesima. Ed invero questo unico caso potrebbe alquanto abbuiare la nostra diagnosi; sendo certo che ogni altra cardiopatia abbia nella solennità de' fenomeni suoi, troppo note e diverse le ragioni per essere differenziata. Ma nella endocardite, il cuore pulsa espanso, vibrato, saltante, scuotente ; nella ipertrofia con dilatazione il cuore è robusto, gagliardo, e posato, solleva l' area esterna che gli corrisponde ma

non iscuote più largamente il petto; limitato così nel sollevamento, non ha congiunto un largo molesto palpitare allo infuori dei limiti che circoscrivono il volume del viscere, nè palesa le impronte individuali di un processo inflammatorio che fu ordito ne' centri. Si veggono per lo più concordi nella impulsione le carotidi, e tutte le arterie della cervice, del cranio e della faccia. Nella ipertrofia concentrica è il muscolo che urta duramente nel petto esterno in definita area, nè si accompagna del suono chiaro ed esagerato che pertiensi alla dilatazione dell' atrio. Aggiungasi, che la palpitazione organo-patica in quanto concerne speciale affrettamento, di moto e disordine ec. sia per lo più fase transitoria, o può non essere permanente. La si vede calmare difatti anche senza farmaci; solo che fisicamente e moralmente si tranquillizzi lo infermo; rimette poi notevolmente dai rimedî sedativi, e si può giungere fino ad ottenersene il polso lento. Inoltre: quando questa palpitazione esista, adduce seco a preferenza il corteggio delle pulsatili sensazioni distinte, che accusa lo infermo, e che difatto rispondono ad allucinazioni di sensi, come le scintille agli occhi compulsi a tergo da battute intraorbitali, i tinniti, i sirigmi all'orecchio per la ragione identica; laddove non ismette mai il battito endocarditico, nè seco porta per lo più i fenomeni sù riferiti, almeno nello esordio; perocchè le arterie non vibrano in proporzione relativa alle gravi scosse del centro. La palpitazione inorganica poi, appena merita di esser quì mentovata. E tutte queste differenze, senza consultare l' anamnesi; senza studiare i tanti altri sintomi che non si lasciano desiderare sugli arti e nelle cavità splancniche degl' infermi di tal vizio cardiaco; senza dire della plessimetria poderoso

soccorso, e della febbre che dichiarando quasi indefettimente la flogosi riesce una eccezione, perchè sempre per altra causa nata, lorchè si verifichi in codeste ipertrofie. Sale così molto in alto il valore diagnostico della impulsione cardiaca slegata dalle relative arteriali nel caso della endocardite.

Ella è cosa evidentissima che scaldate le interne membrane del cuore, uno degli effetti immediati siane la modificazione del suono diastolico, alla cui produzione cospirano l'urto dell'onda sulle pagine cavitarie, considerato in massa; l'attrito dell'onda istessa sù i cancelli muscolari, l'azione della valvola chiudente i varchi onde non siavi riflusso.

Lasciate da parte le ragioni produttrici di un rumore che saranno or ora da noi discusse, arrestiamoci soltanto sù le cause modificatrici del suono. Altro è se l'onda urti contro una membrana levigata e rorida, altro se contro una membrana tesa ed asciutta. In questo caso il suono emerge riciso, urtante, subitaneo, ed è questo appunto che notasi nella endocardite. L'orecchio uso ad apprezzare in vasta sfera i suoni fisiologici, non può non rimaner colpito da codesta modificazione fonetica, che può dirsi tipica di tale infiammazione. La valvola poi a trasalire viemmeglio nel suo contingente sonoro. La esagerazione di questo, descritto assai bene da Bouillaud, sotto il nome di *claquement valvulaire,* ci viene udita perfettamente analoga a quella sensazione acustica che riceviamo dalla lingua del cane bevente. Il quale fenomeno si ode talvolta appressando al petto dell'infermo l'orecchio senza pur che si tocchi; e sebbene ciò possa avvenire anche in altre circostanze, tuttavolta la persistenza e non la fugacità come avviene in

quelle, forma un criterio indefettibile. Ci avviene così di scontrare nella pratica a volte la brevità recisa e saliente dell'intero primo suono, ciò che debb'essere calcolato eziandio come la reazione di una superficie irritata allo stimolo; a volte il solo risalto valvolare senza che sia raccorciato il suono, e ciò massimamente in quei casi ne' quali, o i soli ripiegamenti valvolari sien tocchi, *cardio-valvulite* di Bouillaud, o la flogosi volga a rilento, siccome è proprio di quelle che si nomano irritative o diatesiche.

In un cuore dicotomo, qual' è il nostro, avviene non infrequentemente che una cavità delle parallele sia incolume, e l'altra sia infiammata. Per questo fatto s'interrompe la simultaneità de' suoni cardiaci, e ve ne ha ben d'onde; perchè la parte infiammata non può reagire allo stimolo come la fisiologica. Avviene quindi che il moto cardiaco paia trifonetico, e che questo avvenimento preceda la comparsa di un rumore. A nessuno tornerebbe difficile colpire subitamente quali sieno le cavità producenti il fenomeno. Se questo coincida colla propulsione dell' apice, e si ascolti sù l'area ventricolare, non può essere che del primo suono.

Raro sù i ventricoli, perchè non frequente il caso di una flogosi diffusa a tutta la sierosa cavitaria, affatto immune rimanendo la collaterale; avviene più frequente pel secondo suono, quando cioè la sierosa che si ripiega sù l' espansioni fibro-tendinee semilunari, sia investita da un lato solo che è per lo più l' aortico.

Cotesto fenomeno di cui si terrà particolare discorso, avvisato in questa incidenza cardio-metrica, lumeggia la endocardite valvolare che si propaga pei vasi. Però potrebbe a taluno sembrar causa poderosa ad interrom-

pere la eufonia ritmica del secondo suono, l'azione ventricolare sistolica; e noi nol neghiamo, solo avvertendo che in tal congiuntura lo sdoppiamento sarebbe duplice, ossia de' ventricoli e delle arterie, epperò il suono risultante quadruplo; non potendosi ammettere in guisa veruna che una cavità irritata affretti la sistole se non ha del pari affrettato la manifestazione fonetica del sangue che vi discese per entro.

Quando poi il processo esista diffuso sulle pagine sierose interne e sù i ripiegamenti valvolari, può intervenire un rumore di soffio più o meno intenso e sugli sbocchi e nelle cavità. Ed appunto perchè cotesto fenomeno potrebb' essere verificato in più casi, ossia che rimanendo uno il valor fisico, siane multiplo il patologico; è così che tutta debbe collocarsi l' opera affinchè si distingua la origine flogistica incoativa dalla organica, che potrebb' esser pure effetto di questa, e dall'emoplastica.

Il soffio cavitario, se di origine flogistico, rivela la secchezza, il rigonfiamento, la essudazione della pagina endocardiaca, e l' ostacolo che questa offre al sangue scorrente. La ragione più ovvia a produrlo consiste nell'attrito che ha luogo tra il fluido circolante e la parete membranosa non più irrorata del suo vapor tenuissimo. Siffatto rumore cade nel movimento fonetico del primo tempo, e giacchè sia avvenimento rarissimo, siccome accennammo, lo essudato cavitario; accade così che il soffio non monti quasi mai sù toni aspri e perciò non supplanti il suono. Il luogo preciso ov'esso è sensibile è appunto l'area corrispondente all'atrio ventricolare, ed il movimento sù cui avviene, è quello della diastole.

Giovandosi del nostro metodo cardiografico per l'a-

scoltazione localizzata, potrà facilmente riconoscersi che questo rumore non avvenga sù i varchi, se pure essi non sieno in una alle valvole compresi nella flogosi. Che questo rumore non annunzi viziata nutrizione di muscolo ed anormale dilatazione di atrio, lo si giudicherà per mezzo del plessimetro; che non sia nè pletorico, nè anemico, nè clorotico lo si giudicherà per l'accurata indagine dell'individuo, senza pure ricorrere a sottigliezze di ascoltazione che non farebbero difetto.

Il soffio come dicemmo può scontrarsi ancora sugli orificì cardiaci e prodursi alquanto nella direzione dell'onda, quivi pure senza supplantare i suoni normali, quante volte non avvennero iatture organiche. Però avvenute queste, ove non sieno gravissime, lo scatto del coefficiente valvolare non oscurato, ci soccorrerebbe di un criterio ammirabile nell'ambiguità.

Memori di quanto vedemmo poter conseguire di lesione organica sugli orificì e sulle valvole cardiache, diremo che quivi può aver luogo la rapida presentazione di tutti que'fenomeni obiettivi che riferisconsi a stenosie, ad insufficienze, ed all'une e alle altre insieme. Di queste sarà detto a suo luogo.

Il pretendere poi che i danni rapidamente avvenuti sopra una valvola sieno un punto di appoggio alla diagnosi della endocardite acuta, è lo stesso che limitarci alla valutazione de'più gravi effetti per avvisarne la cagion produttrice. Noi ci lusinghiamo che non sia tanto corta la veduta medica, ed anche in ciò dissentiamo da taluni scrittori tedeschi e francesi. Questo criterio poi ci soccorrerebbe, allorquando avessimo potuto osservare il malato, tanto prima della comparsa de'fenomeni obiettivi quanto dopo, e gli avessimo così colpiti sul nascere. Ma

se invece ci si presentasse un infermo con un'aperta lesione di questo genere, *insufficienze, stenosie, vizi complessi*; dal solo rilevare queste iatture, potremmo giudicare con sicurezza di una endocardite? Credo che tutti risponderebbero all'unisono, negativamente. La scuola di Reinhardt è passata, e sebbene riviva con Wirchow, non rimasero incompresi, nè i veri che addusse, nè gli errori. Nè passeremo quivi in rivista le diverse valutazioni patologiche che si accamparono intorno la comparsa de'soffi all'apice cardiaco, considerandoli com'effetto d'insufficienza mitrale acutamente avvenuta nel corso di una endocardite, anzichè com'effetto di stringimento della mitra ecc., poichè ciò dipende da erronee teorie.

Che diremo però del fremito cardiaco di cui parla Bouillaud nella endocardite? Come i segni obiettivi di una idropisia del pericardio non ci rilevano mai qual ne fosse la origine se compressiva, se idro-emica, se flogistica; così la prova tattile d' uno stringimento non ci scorgerebbe giammai a giudicarne la ragion prima.

La percussione anch' essa può recare vantaggi nel processo inquisitivo della endocardite. Questi però non ci dimostreranno, come taluno ha preteso, l' aumento del viscere che in verità non esiste, od esiste in tal proporzione menoma da non interessare l'attenzione di chi sia uso alla misura de'diametri cardiaci. Difatti ond'è che potrebbe prodursi un aumento notevole in cotesta genuina infiammazione della sierosa endocardiaca, che se pure ha una tendenza, ha quella di corrugare, di ispessire, epperò di raccorciare la distesa della zona infiammata? Forse dal circolo proprio o pericardiaco che presenti un turgore congestivo? Dicane che che voglia Bouillaud, sarebbe un fatto inapprezzabile, e non può

certamente produrre nè *la voussure* de' francesi, fenomeno che omettiamo completamente, nè l'aumento in superficie di quattro, di nove, ed anche di sedici pollici quadrati come ha preteso il clinico della carità. Chè quivi evidentemente non va contemplato il caso della ipertrofia consecutiva alla flogosi, ma la sola primitiva scaturigine de'sintomi obiettivi endocarditici.

Un cuore che balza, scuotente, ondulante potrà ingannare la mano esploratrice, perocchè non riesca arduo a comprendere il facile propagarsi delle riscosse viscerali alle parti circostanti: ma questo carattere oltrechè ci segnalerà la endocardite, non addurrà seco per certo l'aumento notevole della ottusità normale.

Il vantaggio dunque del plessimetro è quì negativo, cioè a dire, escluderà tanto il fatto della ipertrofia quanto quello di uno stravenamento pericardiaco, la cui esclusione sarebbe pur nitidissima dallo esame degli altri sintomi.

Si dà una endocardite-emite.

§ V. Compiute le indagini diagnostiche intorno la endocardite, egli è mestieri considerarne le forme morbose in ordine alla causalità, e ben determinare la estensione clinica di siffatta malattia.

La endocardite può essere definita pel doppio ordine sintomatico, e tuttavolta non trovarne riscontri proporzionali sul cadavere. Cotesto avvenimento che fornisce agli oppositori un mezzo in apparenza validissimo a contrastarne se non la realtà dell'esistenza, almeno la frequenza di essa, diè luogo alle seguenti parole di Bouillaud « .... l'element *physique* et *mecanique* de cette maladie n'est pas tout pour moi, et je le subordonne au travail vital comme on subordonne un effet a sa cause ».

Queste felici espressioni che vennero trascritte da

un recentissimo e famoso scrittore d'anatomia patologica, dovranno esse rimaner nell'astratto, o ei sarà dato invece tradurle in concreto, dietro la osservazione sagace de'singoli casi e senza aver fisso nella mente come punto certo talun teorema della odierna scuola Alemanna capitanata di Virchow? Certo: non si dà ella una endocardite - emite? Io lo ritengo per fermo ad onta del grande contraditttore. Non intenderò quì l'animo alla dimostrazione della esistenza della emite, ma solo dirò che se pure fosse trionfale lo asserto, non darsi pioemia spontanea, tuttavolta non verrebbe esclusa per questo fatto solo la esistenza della emite.

Quando io considero ciò che ha dovuto confessare lo stesso Wirchow, che dato certo il mescuglio del pus col sangue, tornerebbe impossibile al microscopio sceverarlo da leucociti, con qual animo accetterò il giudizio, che le storie riportate sotto il vocabolo di piocmia, una delle quali spetta pure all'attual clinico di Firenze Ghinozzi, abbiano ad esser considerate tutte come leucocitemie o leucocitosi? Ma ritenendomi fuorviato dell'argomento, rientrerò nella tesi così. Se la flogosi sia un concetto complesso, se risulti cioè di più elementi formatori, quello che ammetteremo nella sintesi, lo negheremo poi nell' analisi? Se non troveremo su i singoli fattori flogistici le morbose alterazioni del complesso, avendoli noi ritenuti fattori di questo, con qual dritto li vorremo esclusi singolarmente da quella concezione morbosa che cumulativamente presentano? Prima di esser medici si deve esser logici !

Sarebbe poi necessaria la dimostrazione del pus nel sangue per inferirne la flogosi? Questo sangue, questo principe degli umori, dotato del doppio attributo statico

e dinamico secondo Liebig, autonomo per eccellenza nella sintesi e nell'analisi, come potrebbe escludersi dal travaglio inflammatorio dall'eccesso di sua vitalità; esso che è prima scaturigine della vita materiale come nessuno potrebbe negare senza ignobili contradizioni? E tutti a rifascio andrebbero gli scrittori più celebri da Galeno a Sauvages, e i lavori di Andral, Gavarret, Becquerel e Rodier ec. sull'eccedenze della fibrina? E noi dalle Alpi a Trapani ripetendo in coro le attuali dottrine tedesche, non ci faremo coscienza che se l'uomo fosse un bipede ripetitore, troverebbe un tipo fuor della razza non molto dissimile da quello che fu derisoriamente presentato a Platone? Che strana pretesa e quanto logica non sarebbe quella di esiggere da un fluido vivo ed infiammato i relitti e le sembianze che presenta un solido entrato nella sfera della flogosi?

Faremo diritto alla conoscenza medica di taluni fatti solenni indipendentemente dalle odierne raffinatezze; presenteremo un'istoria assai interessante che ci cadde sott'occhio, e che discuopre secondo noi un esempio nitidissimo di endocardite-emite.

Riparava nell'Arcispedale di S. Spirito in Sassia, il 22 Ottobre 1854, Pellegrini Pacifico per età maturo, per tempra organica, robusto. Affranto della fatica ed infermo, com'ei narrava, da parecchi giorni, lo si rinvenne con febbre ardita, calore levatissimo, acceso il volto, ed in vista leggermente affannato. Aria malsana ed impressioni di freddo umido ricevute a corpo sudante, e cibo scarso e greve, erano le cause più valutabili che si aggiungevano alla stanchezza delle forze per lunghi travagli.

Il polso era a 120 nelle ore matutine del primo gior-

no, in cui lo visitammo, ed a 135 nelle pomeridiane. Il cuore aveva un palpitare diffuso con riscosse a quando a quando all'orecchio ed alla mano sensibili. Un soffio marcato accompagnava la diastole ventricolare. In tale condizione volgeva il primo settenario, senza che fossevi esacerbazione o remissione notevole nella forma.

Il giorno undecimo, parve il calore fatto di assai più mordace, e lo affanno accresciuto; lo che, teneva rapporto col cuore scuotente il petto senza dolore, ma con giacitura impedita sul lato manco. Il quattordicesimo sembrò il volto farsi un po' tumido, ma sempre rubicondo le gote e lucente gli occhi. Un agitarsi per interno soffrire, di cui l'infermo non sapeva dirne speciale ragione. Il dì appresso cominciarono a vedersi quà e là sulla cute urentissima delle macchie atro-rossastre, che presentavano il carattere della emacelinosi, ed esplorata la cavità della bocca le si vedevano ancora sulla mucosa. L'estremità inferiori gonfiavansi alquanto. Le urine fluivano sempre scarse e flammee, come dal principio.

Il decimonono giorno la porpora emorragica era spiegata, ed in talune macule decisamente nereggiante. Il rumore di soffio era divenuto alquanto aspro, e diffuso nello intercalare afonetico del primo tempo (sistole ventricolare) ascendeva sù per l'aorta. Trasaliva nei fattori fonetici il contingente valvolare con un *clac* sensibilissimo anche all'orecchio nudo appena applicato sulla regione cardiaca.

Il trentunesimo giorno lasciava la vita con forma asfittico - sincopale - La diagnosi era stata *endo - emocardite*. Avvisammo sul cadavere integro il polmone nella sua tessitura, sebbene stipato di sangue. Niuna

aderenza pleurica. Normale il pericardio. Il cuore non eccedeva in vista il volume fisiologico. Gli atrii cardiaci color rosso scarlatto a sinistra, rosso cupo a destra con macchie emacclinotiche sull' espansioni fibro-tendinee; essudati tenuissimi di linfa plastica sanguigna sulle semilunari sinistre. L' aorta nascente per due dita trasverse di color coccineo, che gradatamente ammorzavasi tutto lungo la intera distesa. La cavità addominale libera di ogni condizione patologica, eccettuata la milza di poco accresciuta nel volume, e rammollita alquanto nella massa. Il cervello presentava ingorgo saliente sulle vene. Esagerato il liquido dei ventricoli e rossastro. Non rammollimenti nè essudati.

A questa forma morbosa dettero origine cause di ordine diverso reumatico-limnotiche. La emite insorta, aveva qualche cosa di speciale nella tendenza resolutiva del sangue. La causa erane la malaria. La manifesta localizzazione endo-cardiaca presentavaci il quadro netto di una endocardite singolare pel complesso etiologico, pel corso, per l'esito. La diversità de'momenti causali si ravvisò anche ne'trovati cadaverici, in cui non si vide certo spinta la forma flogistica, quanto sembrava avesse dovuto essere, presumendolo dalla intensità e durata della forma morbosa. Vi si ebbe però dipinta e la discrasia acuta, ed il processo inflammatorio modificato da quella, anzi improntato della sua speciale tendenza.

In questo ed altri congeneri esempî forse ancora più genuini, parmi irrecusabile la esistenza di una endocardite-emite. Essa rilevasi sul cadavere per un coloramento acceso delle sierose interne delle grandi vie circolatorie; fenomeno dipendente da una imbibizione vitale di origine flogistica. Il quale ove esista, se non pos-

sa confondersi col cadaverico per le ragioni anche sopraccennate, non dee ritenersi prodotto *post obitum*, per la forma morbosa lucidissima che si spiegò durante la vita. Vanno dunque accettate con grande riserva le parole troppo accentuate di taluni anatomo-patologi del giorno, e di taluni anche del principio del secolo, tra quali figura Laennec.

§ VI. Noi già vedemmo quale sia la disgiuntiva clinica tra la endocardite ed il reumatismo: però nello affisare un tipo di flogosi acuta, ci parrà stabilirlo nella endocardite reumatica. E quì a prima fronte ci vengono i lavori di Bouillaud.[1] Esso enuncia la famosa sua legge di coincidenza colle seguenti parole. Endocardite reumatica.

« 1.° Dans le rhumatisme articulaire aigú violent
« generalisé, la *coincidence* d'une endocardi-
« te... est la *regle*, la *loi*, et la non coinci-
« dence *l'exception*.

« 2.° Dans le rhumatisme articulaire aigú leger par-
« tiel apyretique, la *non coincidence* d'une en-
« docardite... est la *regle*, et la *coincidence*
« *l'exception*.

Bouillaud trascorre pel fascino della sua scoperta. Anche molti tra suoi connazionali lo contradicono, senza parlare degli esteri: e noi, senza farci satelliti di chicchessia, neghiamo questo asserto co'fatti alla mano.

Potrebbe avvertirsi poi, ch'egli non adoperi con giusta critica il termine *rhumatisme articulaire aigú* tanto nel caso ch'egli contradistingue cogli aggiunti *violent generalisé,* quanto nell'altro ch'egli dice *leger partiel, apyretique.* Difatti allora che fosse quistione di questo se-

[1] Bouillaud op. cit.

condo, non si direbbe forse meglio *artralgia*, *reumatalgia?* Ma noi potremmo credere non male apporci pensando così, che questo egregio scrittore volesse commettere cotale inesattezza, appunto per concedere agli avversarî suoi qualche cosa, vestita almeno del simulacro nominale a spese della vera entità patologica, che ci verrebbe comunemente sotto il vocabolo di *reumatismo articolare acuto*. Dare il titolo di *acuto* ad un dolore reumatismale o artritico sarebbe predicato superfluo; darlo non più al dolore, ma alla forma, sarebbe falsare un concetto nosologico, perciocchè l'attributo di acuzie annesso al reumatismo ce lo fa intendere febrile e per lo più diffuso. Difatti l'antitesi dell'acuto è il reumatismo cronico; e quivi sì che manca la febbre per lo più, ma ad onta di cotesta mancanza, non ci concederebbe Bouillaud che nel *reumatismo* cronico la non coincidenza fosse la *loi* la *regle*... noi ne siam certi.

Egli non può ignorare che medici francesi valentissimi come Carlo Pisone, Riverio, Ballonio, Chesneau sentirono i primi la necessità di adoperare, anzi coniare la parola *reumatismo*, per allargare giustamente le antiche dottrine trasmesseci d'Areteo, le quali sotto il nome di artritide, comprendevano indistintamente miosite ed artrite. Nè la differenza unica di queste due affezioni può esser la sede; perocchè senza ricorrere ad altre presunzioni differenziali, ci avverta Hoffman così « illud « crebra animadversione compertum est, nulli aetati, « nulli sexui rheumatismum parcere, quos alioquin ab « arthritide fere immunes Ippocrates pronunciat (sect. « VI. Aphor. 29 et 30.

Se gli odierni progressi tornano immensamente valutabili sopra tutto in que'punti in cui dimostrano la

materiale somiglianza de'morbi, niuno per consenso degli ottimi avrebbe il diritto di sprezzare gl'immacolati retaggi della osservazione. Indi si parrà che non è quì nostro animo di misconoscere le relazioni intime che veramente esistono tra il reumatismo e l'artrite, ma di avvertir solo, che non ci sentiamo concessa la facoltà di chiamare con termine univoco - *Reumatismo articolare* -, così quello che investe muscoli, guaine e tendini, come l'altro che affligge esclusivamente gli articoli,

Nell'arte nostra non si debbe no incaponire sotto la pastoia di un nome, nè sconfinare di tal guisa un vocabolo che possa avere diversa e legale la sua significazione. Or bene sotto il nome di reumatismo od artritide tutti avvisano identica la sede e la natura di talune sofferenze; ma non tutti del pari si acconciano a ritenere la unicità della causa. Ed avvegnachè ciò sia più conforme alla possibile varietà etiologica de'dolori muscolari ed articolari, non fa per questo meno lamentabile il difetto della volgare generica nomenclatura; cui se da taluno è riparato, non lo è egualmente da tutti, come spesso ci avviene di ascoltarlo nella pratica. E queste parole non ad altri le volgo che a'miei giovani allievi, perchè schivino fin dai parlari la probabile confusione delle idee. Bouillaud forse ragionando del suo « *Rhumatisme articulaire aigu* » ha voluto amalgamare due forme distinguibili riguardo a sede, ed intenderle unizzate sotto il punto di vista causale qual sarebbe il το ρευμα. Però uomini a lui pari in merito scientifico ed artistico evidentemente non hanno inteso così. Cruvellhier parla di reumatismo puerperale, molti ne dicono uno sifilitico, l'altro scorbutico, l'altro merceriale, l'altro erpetico conservando il vocabolo *reuma-*

tismo all' attuazione della forma dolorifica, ed aggiungendo il predicato della specie. Or bene: non varrebbe forse ad essere più chiari nel medico linguaggio conservare ed adottare i nomi di *miosite* od *artrite* quando lo attacco fosse multiplo e acuto, e farne delle specie tra le quali in prima linea, se così vogliasi, figurasse la reumatica? Da questa parte sembrami chiaro che Bouillaud avrebbe potuto tenerci un migliore linguaggio, ossia più consono alla diversità causale de'fatti morbosi in apparenza simili.

Bouillaud peraltro dicendoci del *rhumatisme aigù violent generalisé* doveaci annettere l'attributo della febbre, *pyretique;* come nell' altra disgiuntiva nosografica, « *rhumatisme aigù leger partiel* aggiunge *apyretique*: perchè difatti sia la febbre quella che a preferenza debba calcolarsi. Così riuscirebbe in accordo colle giuste osservazioni fatte in Inghilterra. Stokes con tutta ragione parla persino di pericardite da semplice febbre reumatica. Queste parole confortate di verità sono la quintessenza dell'analisi clinica. Sì è la febbre più che tutto quella che balestra un principio inaffine della superficie a'penetrali dell'organismo, com'è appunto la febbre quella ch'eccentrizza e localizza per lo più i principî morbosi corrivati per lo assorbimento de'vasi entoplastici, e fecondati dalla individua disposizione. Noi veramente per ciò, volemmo contemplate tutte in prima origine le guise colle quali può clinicamente presentarsi la endocardite in rapporto alla causa reumatica. Ci dica adunque Bouillaud che nella *miosite* o nell' *artrite* o nella forma complessa indotta dal το ρευμα ov'esiste la febbre e là intervenga più facile lo attacco dello endocardio, e noi saremo ossequenti non a lui, ma al vero da lui pronun-

ciato: ma duopo sarà formulare così chiaro lo asserto, e così preciso. In quanto poi al numero esorbitante delle endocarditi, ch'esso sostiene avvengano nella congiuntura testè discorsa che direm noi? Gli negheremo la fede? Nò: diremo soltanto che nel paese nostro non è così.

Di tutti gl'insegnamenti di Bouillaud passati pel vaglio della critica de'contemporanci, rimarrà salvo questo unico enunciato: che la endocardite sia ovvia ed incontrarsi nelle miositi e nelle artriti febbrili di origine reumatica.

Il clinico della carità dopo aver formulato la legge di coincidenza, soggiugne queste parole « Mais pour qu'il « ne manque rien a la solidité de la loi, de la coinci- « dence, de l'endocardite, de la pericardite ou de l'en- « dopericardite avec un rhumatisme articulaire aigù in- « tense et generalisé, n'oublions pas cet ordre de cas « dans les quels nous avons constaté la preexistence de « cette derniere maladie chez des individus qui nous pre- « sentaient les signes les plus positifs des *lesions organi-* « *ques* du coeur evidemment consecutives a une endo- « cardite ou a une pericardite *mal gucries* ou passées a « l'etat chronique. Dans le premier ordre des cas nous « avons acquis la preuve *directe immediate flagrante* de « la coincidence qui nous occupe, et nous avons pour « ainsi dire pris cette coincidence sur le fait; dans le « second ordre au contraire ce n'est que par voie d'in- « duction, d'une maniere indirecte et mediate que nous « saisissons la coincidence de l'endocardite ou de la pe- « ricardite avec un rhumatisme articulaire aigù intense « et generalisé: mais l'induction est ici tellement pres- « sante, qu'elle equivaut en quelque sorte a la dimo- « stration directe. »

Non sarà questo un saggio della migliore dialettica; conciossiachè le lesioni valvolari scontrate negl' individui, tocchi un giorno di reumatismo ed artrite, non possano addursi quali prove del teorema della endocardite coincidente; chè sarebb' egli lo stesso, fare dell' enunciato, un argomento. Difatti appunto ciò che si dovrebbe dimostrare, sarebbe: che quelle lesioni fossero veracemente relitti di endocardite reumatismale.

Nelle transazioni medico-chirurgiche di Londra 1852 si ha un interessante rapporto di Barclay, in cui le alterazioni delle valvole cardiache in quanto ad origine vengono partite così

	Origine	
	Reumatica -	Non reumatica
Alterazioni delle valvole mitrali ed aortiche....	12	10
Valvola mitrale soltanto.	7	11
Valvola aortica soltanto.	1	5

Indi si pare che di quarantasei lesioni di valvole, venti sieno a riferire alla genesi proclamata da Bouillaud, e ventisei ad altre; lo che dimostra quanto occorra esser cauti nel pronunziare i giudizî causali. Forse Bouillaud potrebbe dirci, che questo argomento non fa contro di lui, attesochè Barclay non ci avvisi se nei ventisei casi enunciati, precedesse almen qualche volta la endocardite reumatica; ma neppur egli ci assicura che tutti i vizî valvolari scontrati da lui, in quelli che pure un dì soffersero reumatismi ed artritidi, fossero in soggetti ch'erano immuni di quelle lesioni, prima delle infermità considerate come momenti etiopatici: e nemmeno ci dice, che conseguissero immediatamente; ciò che

sarebbe stato mestieri, perchè avessero avuto forza pratica le sue avvertenze.

È però, nella endocardite reumatica da noi presa a paradigma della forma acuta (la quale endocardite può esistere eziandio indipendente da ogni attacco di miosite od artrite dallo stesso principio ingenerate) che cade in acconcio di considerare le deuteropatie molteplici che può addurre cotale infermità a' danni più gravi dell' organismo. Esse riduconsi

1.° A lesioni di orificî e valvole

2.° A quelle del tessuto carnoso

3.° Alla formazione de' polipi

4.° A quella degli emboli

5.° A processi d' infezione

La endocardite valvolare può in assai breve tempo farsi cagione di lesioni organiche degli orificî cardiaci e delle valvole per opera di quel processo anatomico che superiormente considerammo. È triplice questo avvenimento, cioè possono prodursi

1.° Stenosie

2.° Insufficienze

3.° Stenosie ed insufficienze.

Lesa la canalizzazione cardiaca, i danni più gravi intervengono alla salute umana, come vedremo singolarmente nel seguito di questo lavoro. Basta qui lo avvertire la possibile comparsa rapidissima de' sintomi loro, non ancora espiatane la prima ragione produttrice; ond'è che a questa comparsa, siccome avvisammo, abbian fatto ricorso taluni scrittori, quasi a novello fonte diagnostico. Tornerebbe superfluo di ripetere quivi il meccanismo anatomo-patologico per cui si andrebbero a verificare sui nostri infermi cosiffatte alterazioni, le quali

od importano l' aderenza del cercine valvolare alla parete cardiaca, od allegano le corde tendinee cosiffattamente da presentare una continuità morbosa; o addensano le superfici membranose de' varchi, o l' espansioni della falce valvolare, rendendole eziandio contratte, rugose, inelastiche ed impari all'officio fisiologico cui sono ordinate. Tutto questo ci si spiega agevolmente così dalla indole della membrana infiammata, come dalla natura del processo flogistico. Diremo del pari intorno la produzione della ipertrofia o della indebolita coesione muscolare cardiaca, che taluni amano di riportare qual'effetto di miocardite superficiale immanchevole nelle diffuse endocarditi, anzichè ritenerle come prodotto delle sierose infiammate.

Ci arresteremo sui polipi.

Polipo endocardiaco

§ VII. Il polipo può generarsi nel cuore per cause molteplici.

Ragionando però nella endocardite, del polipo intracardiaco, ella è cosa evidentissima che non s' intenda trattare la tesi generica delle concrezioni sanguigne, nè che si debba scorrerne tutto il dottrinale come si trova sparso in cento opere ragguardevoli, nè tornare a commenti degli scritti di Fontani [1] Harder [2] Severino [3] Pissini [4] Wichmann [5] Huxam [6] Malpighi [7] Morgagni [8] ed altri innumerevoli.

I recentissimi scrittori hanno persino abbandonato il nome di polipo per sostituir quello o di concrezioni sanguigne, come Cruvellhier e Lebert, o di trombo co-

[1] Observat. Anatom. [2] Observat. Anatom. pract. in Boneti sepulchreto. [3] De noviss. observ. abscess.. [4] De cordis polipo. [5] Idee per la Diagnostica. [6] Opera Physico-Medica. [7] Cit. da Wichmann. [8] Epist. anat. med. IV. 22 XVII 29 XVIII 9 XXIV 27 et seq. LII 34 LXIV 9.

me Wirchow. Saranno preferibili? Bartholet sembra che sia stato il primo a chiamare queste concrezioni col nome di materie polipose, e perchè questo nome venne adottato da Pistino, da Tulpio, da Bartolino e specialmente da Malpighi e da Morgagni, parrebbe che per noi italiani non avesse a cangiarsi. Lasciandone per un istante ogni ricerca causale, fissiamo lo sguardo su qualche descrizione che ci presenti con esattezza i caratteri anatomici del polipo sanguigno.

Corvisart dice così: Allorquando il polipo è antico per formazione offre un color carne pallido, una densità ragguardevole, una organizzazione fibrosa o fibrinosa, ed aderisce gagliardamente al cuore. Se poi formato durante ancora la vita, sia in ragion di tempo a ritenersi recente, allora presenta un colorito linfatico giallognolo, che dà talora in rossiccio, ha una disposizione fibrinosa a suolo essenzialmente coagulata, e può dirsi applicato meglio che aderente al cuore, tanta n'è la tenuità delle briglie. Distingue da ultimo il *Magma* o coagulo, il cui colorito lo accenna analogo alla gelatina di ribes mal-cotta, e ne dà per caratteri lo schiacciarsi sotto le dita, la nessuna aderenza, la nessuna tenacità. Nel riposo e nel raffreddamento, intravede le cause di quest' ultimo. Aggiunge, cotesta distinzione non essere per certo rigorosa ma eminentemente pratica, e quindi utilissima.

Cruvelhier [1] allarga la ricerca intorno a questo punto, e sotto il titolo « concrezioni fibrinose purulente o cisti purulente del cuore » reca fatti e muove quesiti importantissimi, dicendo: essere tema di notomia pato-

[1] Anatomia patologica del corpo umano.

logica a'nostri tempi molto interessante, la presenza nelle cavità del cuore di concrezioni fibrinose contenenti nel centro una sostanza con tutti i caratteri fisici di un pus ora color feccia di vino, or flemmonoso; e soggiunge « La « origine di questo pus offre vasto, importante campo « alle ipotesi, e molteplici sono i concetti che a spiega- « re sì importante quesito si presterebbero. Potrebbe « infatti opinarsi

1.° Che questo pus abbia la sua sorgente da un « punto lontano dal cuore, da un organo, cioè, « in suppurazione, da cui lascisi materialmen- « te trasportare col sangue fino al centro cir- « colatorio, ed ivi deposto, venir rinchiuso da « una ciste fibrinosa.

2.° Che esso possa ingenerarsi primitivamente nel « cuore stesso; la quale ipotesi dà luogo alle « altre tre seguenti proposizioni - *a* - il pus è il « risultato di un alteraziore chimica sofferta « dalla stessa concrezione sanguigna, nel qual « caso, la detta alterazione può aver luogo e « durante la vita, e nel corso della malattia, « e negli ultimi momenti della vita, o dopo la « morte; - *b* - il pus è il prodotto di una in- « fiammazione della concrezione sanguigna in « seno della quale risiede; - *c* - finalmente dal- « la membrana interna del cuore infiammata, « il pus vien trasportato nel centro del grumo « sanguigno per la capillarità del grumo stesso.

Lebert [1] parla de'coaguli sanguigni; li distingue in due forme, in semplici ed in quelli che presentano un

[1] Traité d'anatomie pathologique generale et speciale

rammollimento centrale. Dei secondi avverte che abbiano per lo più forma cistica con diverse gradazioni. Dice trovarsi in genere più a dritta che a manca del cuore il sangue coagulato. Essere il coagulo colorato ed aderente tanto più, quanto più durò la vita dalla formazione di esso. Dubita che siansi mai trovati vasi intorno il coagulo. Ripete i rammollimenti centrali presentare un color feccia di vino o giallastro o puriforme. Narra alcun che delle cause, e degli effetti di cotesti coaguli. Dice i coaguli puriformi del cuore presentarsi sotto forma cistica, variabili di volume, molti di numero. Cita la memoria di Charcot: narra pareti dense elastiche, talora come stratificate offerenti la struttura fibroide e granulata della fibrina.

Wirchow [1] parlando su cotesto argomento, ripete i lavori di Cruvellhier: gli dà ragione sopra un punto capitale, che trovisi cioè il pus in mezzo al coagulo; ne critica tuttavia le spiegazioni, e vuol chiamare il grumo, *trombus*. Parla del rammollimento centrale, lo dice effetto chimico: non è pus, è sostanza puriforme per metamorfosi regressiva della fibrina.

Premesse tutte queste dottrine necessarie a conoscersi, torniamo nella quistione principale così. Si dà egli un polipo intra-cardiaco per effetto di endocardite?

Laennec lo negherebbe, e noi ne scrivemmo le parole in proposito della confutazione da lui intentata alle dottrine di Kreysig.

Lebert del pari lo nega esprimendosi con queste parole: « Toute fois l'etat intact et normal de l'endocarde, l'ab« sence de toute phlegmasie ambiante, l'absence d'une

[1] La Pathologie cellulaire ec.

« infection purulente, le passage que l'on trouve entre
« la fibrine demi-solide et l'etat pyoide font que nous
« preferons pour ces caillots, le terme de puriformes vù
« qu'ils se forment dans des circonstances tout a fait
« differentes de celles que presente la suppuration or-
« dinaire.

Wirchow negando è più esplicito. Esso dice così
« Nous ne savons pas que l'inflammation se lie comme
« telle a la coagulation ».

Queste autorità ne hanno delle contrarie, che ognuno potrebbe trovare consultando le opere. Noi frattanto crediamo che possa la endocardite dare origine al polipo intracardiaco.

Vedemmo già la ragione per la quale manchino quasi sempre sulle pagine endocardiache, in caso di flogosi, gli essudati proprî delle sierose che s'infiammano.

Però quella ragione che vale sù lo endocardio adnato al viscere, la vedemmo soffrir eccezioni per rapporto all'espansioni paginali della valvola, cosicchè ivi notammo la possibilità non solo, ma la realtà persino di un essudato invaginante. Ora egli è certissimo, che il tendine multiplo può risentire eziandio gli effetti di un processo inflammatorio che lo invada, e negli pseudoplasmi primitivamente tenui, costituire i germi di un polipo. Consente a questa asserzione il fatto ed il raziocinio. Il fatto: perocchè le più tenaci e profonde aderenze de'polipi, le vediamo appunto tra le corde tendinee, nelle quali non ripugna di avvisare il centro di un viluppo polipiforme, che mano mano grandeggi. Il raziocinio: perocchè nulla ostando alla possibile diffusione flogistica dall'espansioni valvolari alle briglie tendinose, rivestite anch'esse della identica membrana, possano risentire e

riscutano per verità, gli effetti del processo invasore. Il tendine adunque, ispessito del plasma flogistico, restringerà lo spazio che il sangue debbe traversare per obbedire alla diastole ed alla sistole cardiaca. Questo spazio ristretto per un essudato palpitante di vita, può operare in due guise; nell'una coll'opporre una dimora e col diminuire quindi l'attrito normale del fluido circolante; nell'altra colla forza di coesione per la quale le parti omologhe tendono a'loro intimi congiungimenti. Lo intonaco successivo, protegge l'originale flogistico che si rassoda, e questo processo mano mano svolgendosi dal centro alla periferia per novelli strati addizionali, termina elaborando una concrezione poliposa, che acquista successivamente i caratteri così bene segnalati da Corvisart. E quì mi permetterò addurre alla prova qualche caso in proposito.

Ubaldi Tommaso di anni 60 robusto campagnolo riparava all'arcispedale di s. Spirito il 24 Decembre 1858 e spirava il 27. Malato più volte di pneumonitidi e tocco di sifilide, quando fu sottoposto allo esame presentò tutt'i caratteri di una bronchite capillare acuta. Il cuore pulsava con violenza scuotente, ed era irregolare nel metro. Il suono diastolico del primo tempo, era accompagnato dal *clac* valvolare salientissimo e da un soffio mite, e quello del secondo, supplantato da un rumore medio di forza in chiave di R. Sottoposto ad un metodo assai razionale dal D.r Pietro Galli, col quale noi ci trovavamo in qualità di medico assistente, non potè ritrarne vantaggi, che anzi la sera del 25 il cuore ci dimostrò deciso tumulto. Si aggiunse a questo la nausea e la tendenza al vomito, il sudor freddo, e mentre i polsi erano formicanti, comparve la ondulazione delle giugu-

lari. Alla diagnosi istituita di una *bronchite capillare ed endocardite con indurimento delle semilunari aortiche,* vi aggiungemmo quella di un *polipo* nel ventricolo sinistro. Alla sezione del cadavere si scontrarono « antiche aderenze fibro-cellulose, sopra varì punti delle pagine pleurali; i bronchi maggiori vivissimamente arrossati, gonfi con abrasioni epiteliali estesissime; i minori verso la base dei viscere mostravano i tubuli ostrutti per materiali flogistici. Molti lobuli polmonari enfisematici, e molti allo stato di massima iperemia, con taluni punti di rossa epatizzazione. Nei versanti superiori e posteriori del cono polmonale destro e sinistro, molti tubercoli graniformi di consistenza media, che presi colle pinze anatomiche lasciavano superstite un loculo. Il cuore presentava allo esterno una iniezione vascolare rimarchevole senza essudati. Il siero pericardiaco alquanto in aumento, ed un pò torbido. Aperti i ventricoli si trovò lo endocardio viscerale di un rosso coccineo, a quando a quando più intenso. Le valvole auricolo-ventricolari con lievi essudati gelatiniformi e recenti, le valvole aortiche di una consistenza fibroide, con piccolissimi ascessi sotto sierosi al numero di sette; i quali aperti, dettero poche stille di un liquido purulento. In mezzo al ventricolo sinistro, un polipo di forma oblongo, duro e stanziato quinci e quindi de' tendini valvolari intricati in lui durissimamente, cosicchè fu forza incidere il polipo quà e là per liberarli. Il polipo inciso, offriva una trama compatta a fibre in senso longitudinale e traverso, le quali sulla superficie esterna, non si avvisavano punto, perocchè ivi scorgeasi un suolo tremolante e rossastro, dal lato del setto intraventricolare.

Dibbò Niccola di anni 36 ascolano. Tempra robu-

sta, prevalenza sanguigno-biliosa. Entrò nell'ospedale di s. Spirito il dì 30 Maggio 1858. Precedenti febbri a periodo. Presentava alla prima visita febbre ardita, dolore intenso con enfiagione e rossore all' articolazione scapolo-omerale sinistra. Dodici sanguisughe, ed un cataplasma di linseme. Il dì seguente il dolore era dileguato, ma sopraggiunta alla febbre una smania, una oppressione indescrivibile. Esplorato il cuore, pulsa violentissimo ed irregolare; non vi ha eccedenza di suono sulle valvole, nè rumori di pericardio. Il salasso istituito e ripetuto coi temperanti del cuore, non impedirono che la notte fosse travagliosa ed insonne, e che accusasse due volte in ore diverse un interno mancamento. All'indimani cresciuta la smania, e sopraggiunto un dolore vivissimo e profondo nella regione cardiaca. Non esaspera punto al tatto ed alla pressione esercitata con qualche forza tra gli spazî intercostali, ma diviene insoffribile, tostochè si faccia giacere il malato a sinistra e si prema l'apice cardiaco. Il suono cardiaco si fa oscuro, trasalisce il colpo muscolare, non vi hanno rumori esterni od interni; si nota irregolarità nei battiti assai più marcata.

Miocardite artritica

Sanguisugio alla regione del cuore - Calomelano e opio - All'indomani appaiono rumori innormali di leggero soffio al 1°, e di soffio aspro al 2° suono.

Diffusione endocarditica

Al pomeriggio il cuore è a balzi irregolare, intermittente il dolore, quasi nullo; i soffi mascherati da un pulsare senza legge, il numero de'battiti indescrivibile, il polso si abbassa notevolmente, qualche disturbo di stomaco. Deliquî.

Vessicante volante alla regione cardiaca. Frizioni di mercurio ed opio. Mistura eccitante di acqua di cinnamomo e liquore anodino.

All'indomani ortopnoico, livido, freddo, col sudore di morte. Si ritiene formato un *polipo* nel ventricolo sinistro,

Morte alle 3 pomeridiane.

Aperto il cadavere, si rinvenne il pericardio con discreta quantità di liquido sù cui nuotava alcun fiocco albuminoso. La faccia parietale del sacco, poteva dirsi appena iniettata. La pagina viscerale per contrario era vivissima per iniezioni flogistiche. Il cuore così allo esterno appariva infiammato. Nel suo apice assai cospicuo per volume, e pallido anzi che no, vedeansi verso destra de'piccoli ascessi, due de'quali erano in communicazione fra loro sotto l'endocardio. Il muscolo presentava dell'aree escavate, formanti la base di queste raccolte, che vuotate del pus, lasciavano al fondo una superficie ulcerosa. Tagliato il muscolo e compresso, vedeasi fluirne un umore lattiginoso denso, analogo pei caratteri a quello dei piccoli ascessi. Aperto il cuore, furono trovate le valvole aortiche e le auricolo-ventricolari estremamente colorate in rosso fosco, con piccole raccolte di pus erompenti come gemme dallo strato sieroso, sul quale mostravansi pure intermisti essudati granulari. L' aorta era tinta per due dita trasverse dal suo bulbo, di anella colorate in rosso, che mano mano sfumavano sul colore normale dell'arteria. Il ventricolo sinistro presentava una concrezione polipiforme, avente tutt' i caratteri del secondo grado descritto da Corvisart. Abbracciata era gagliardemente e quasi inestricabile co'cordoni tendinei della valvola, i quali avevano un color perlaceo

a quando a quando screziato di punti rubicondi. Inciso il polipo presentava nel suo mezzo uno spazietto oblongo, ov'era contenuto del pus cremoso.

A queste potremmo aggiungere altre quattro istorie che abbiamo tra nostri ricordi. Ce ne passiamo, perchè le due quì riferite sono abbastanza tipiche.

Sebbene il Wirchow abbia emesso quelle parole così precise in rapporto alla influenza della flogosi sulla coagulazione del sangue, egli non esita a dirci come dalla endocardite possa aver vita un trombo, spiegandolo così. Quando la parete s'infiammi, la massa essudativa tende a rimanersi nell'enchima perchè s'ispessisca, si opachi, e più tardi suppuri; potendosi formar degli ascessi, questi solleveranno la parete e faranno risalti allo indentro e allo infuori come se fosser pustole vaiolose; ed è perciò che il sangue si rapprende trovando cagione alla trombosi, il prodursi di quelle ineguaglianze, di que'risalti, di quelle depressioni, di quelle ulcerazioni. Il professore di Berlino non ci sembra troppo consentaneo alle sue premesse: ogni ragione di evadere da questa critica ci parrebbe cavillosa.

E quì ricade in acconcio il considerare, se alla produzione de'polipi intracardiaci, non abbia poi alcuna parte il sangue che trovisi in tal grado di esaltata vitalità od emite, da essere per se stesso disposto al coagulo. Negarlo ricisamente sarebbe opporsi a'fatti lucidissimi ammessi per la forza inesorabile della realtà. Lo confessò pure Laennec laddove fra le cause adatte a produrre siffatto danno, accennava l'età giovane, e l'orgasmo inflammatorio. Ed i lavori di Kreysig non ci adducono essi all'accettazione di questo pensiero? Confidavasi il Sassone, che verificando casi ne'quali accesa

una febbre e congiunta a « veri e leggittimi sintomi cardiaci » e divenuta mortale sotto siffatti fenomeni, e nella sezione del cadavere null'altro ritrovando, se non polipi endocardiaci senza sangue frammisto, che anzi colle cavità del resto perfettamente vuote, abbia a ritenersi il caso di una « infiammazione poliposa del cuore ». Narra essere avvenuta un'epidemia sui vascelli da guerra, che in una stagione fredda e secca volgendo i mesi di Febbraio e Marzo facevano ritorno dalle Indie orientali. Dice, molti marinari esser stati sorpresi da « tosse asmatica breve ma impetuosa senza alcun escrea- « to, si associò a questa una gagliarda e quasi continua « palpitazione di cuore ed un polso costantemente in- « termittente e tremulo, simile al movimento delle for- « miche (formicans) continua ansietà, ed un senso come « se loro si fosse abbassato il cuore. Tal'era il modo « con cui gl'infermi solevano esprimere quella sensa- « zione che provavano. La respirazione era assai diffi- « cile, ed appena potevano giacere a letto senza correr « pericolo di rimaner soffocati. Appoggiavano il loro « capo quasi sulle spalle ed il volto era pallido e mesto. « Alcuni accusavano un dolore laterale, quand' anche « appena si potesse rilevare esservi la febbre ». Aggiunge che più di 20 furono le vittime, sebbene operosissima fosse stata la medicina. Wyatt, che l'autore distingue co'titoli d'illustre ed accurato medico, incise due di questi cadaveri, e rinvenne *mostruosi polipi*. Studiati da Wyatt e Kreysig si parvero del colore della cotenna flogistica, tenacissimi, formati di strati diversi, sodamente congiunti, sparsavi, come Kreysig si esprime, quà e là una vena. Aderentissimi a'muscoli interni, e pervadenti gl'interstizî cardiaci. Riporta la opi-

nione di Kerkring che impugna la formazione di polipi *veri* e *leggittimi*, intendendo quì forse di quelli che potrebbero costituirsi indipendentemente da processo inflammatorio. Passa in rassegna le notate cause, e le qualifica a preferenza di qualunque altra idonee a generar la flogosi, e si conforta dell' autorità dell' Huxam. Asserisce che potrebbe aggiungere anche una quantità di casi, tolti dal numero delle dissertazioni scritte intorno a'polipi del cuore, e ripete che dopo tutto questo, gli sembra aver diritto a concludere, la dimostrazione nosografica di una flogosi poliposa (o meglio direi polipogenica) del cuore. A convalidare viemmeglio la sua tesi dice, assai grande essere l'analogia che passa tra la infiammazione poliposa del cuore, e l'angina poliposa tanto etiologicamente considerata, quanto nel corso e nei sintomi.

Nelle ultime parole però havvi del vero e del falso, del dimostrato e dell' ipotetico, ed a farne l'analisi secondo le moderne dottrine anatomo-patologiche, ne andrebbe molta opera e tempo. Senza calcolare gran fatto quello che non consuona coll' attualità scientifica, trarremo dalle parole di Kreysig solo questo, vale a dire « può darsi caso in che tocchi il sangue tal grado di eccesso chimico-vitale, e adduca nel cuore siffatto stimolo da presentarci il fatto del suo coagulo entro i penetrali cardiaci, con una forma morbosa acuta e rapidamente mortale ».

Concludiamo dal fin quì detto così:
Escludendo i grumi sanguigni che possono formarsi nell'agonia per la inerzia cardiaca e l' abbassata temperatura de' centri, od anche dopo la morte per la coesione naturale del sangue che avesse ristagnato; le origini del

vero polipo cardiaco secondo le nostre convinzioni si riducono alle seguenti:

Polipo per cagione del cuore

Polipo per cagione del sangue.

Il *vero polipo* semplice o cavo uno o multiplo, può essere cagionato dal cuore o per lesioni viscerali organiche o per dinamiche. Le cagioni dinamiche hanno la più certa espressione loro sul processo flogistico. Perchè a ridurre a sommario quanto spetta alla endocardite diremo in tal guisa. Il vero polipo cagionato dal sangue, non può procedere se non dallo *iperplasma,* colla aggiunta di cause locali che ne favoriscano la formazione. Dunque

1.° La endocardite può addurre il polipo.

2.° I modi possono essere o quello accennato da noi del processo flogistico raggiato a'tendini valvolari, che fatti angusti ne'meati si stabiliscano a centro del coagulo; o quello accennato da Wirchow de' rialzi depressioni od ulcerazioni dello endocardio.

3.° Il polipo indotto dalla flogosi può presentare i caratteri del 1.° e 2.° grado descrittoci di Corvisart.

4.° Può essere semplice e cavo.

5.° Può racchiudere una sostanza puriforme, sulla cui vera natura e produzione non ha peranche la scienza proferito il suo ultimo giudizio.

Il polipo per ragion del sangue, avviene siccome sopra accennammo, per iperplasma. Quante possono essere le cagioni le quali producano quantità ed energìa maggiori nelle parti concrescibili di quello, e tante in genere potrebbero additarsi siccome almeno remotamente

capaci a produrre i polipi lunghesso l'alveo circolatorio, ma in ispecie nel cuore per motivi speciali. Indi è, che nelle forme flogistiche parenchimatose si verifichi di preferenza cotesto avvenimento, sebbene il muscolo principe del circolo non sia preso alla sfera inflammatoria. Ovvio è così nelle Bronchiti, Pleuriti, Pneumoniti, ed Artriti acute ed in altre forme congeneri.

La diagnosi de' polipi che si formano per entro alle cavità cardiache *ratione sanguinis* può raccogliersi e da quanto abbiam detto già sopra, e ridursi inoltre a' seguenti criterî.

1.° Esclusione di una flogosi cardiaca.

2.° Inclusione di un fatto morboso, capace ad indurre nel sangue un iperplasma.

3.° Dimostrazione per sintomi certi di un subito ostacolo meccanico alla circolazione sanguigna.

I quali criterî possono presentarsi ne'singoli casi con sembianze non ispregevoli. Difatti la esistenza di un polipo debbe per assoluta necessità impedire la normale effettuazione della diastole fonetica, cosicchè alla impulsione cardiaca corrisponda un suono compresso parafonico speciale improprio di qualsivoglia altra infermità, sopratutto perchè nel polipo ricisamente cavitario, potrebb'essere che niun rumore si destasse dal sangue varcando gli stretti sotto la contrazione del ventricolo. Questo fenomeno eloquentissimo congiunto pure alla irregolarità de'movimenti cardiaci fu abilmente segnalato da Legroux; da Leriche poi una specie di borborigmo del sangue per l'urto di esso contro alla concrezione, cui francamente parlando non possiamo accordare veruna fede, conoscendosi bene qual sia nel cavo intestinale il primo motore di siffatto avvenimento, motore che non può aversi nel cuore.

Che un polipo, esso solo giunto alla consistenza del primo o del secondo grado descrittoci da Corvisart, occupante quasi per intero un atrio cardiaco, possa esser causa di morte, non vi ha modo d'impugnarlo o di metterlo in forse. Gl' immensi danni che derivano all' organismo dalla impedita irrorazione sanguigna, impossibile essendone un compenso collaterale; o le forme congestive a danni de' visceri, che non ponno liberarsi del sangue addottovi dalla vis a tergo de' vasi arteriosi, ed ivi pertinacemente lasciato dalla impotenza delle vene; o il disquilibrio meccanico idraulico fatto universale; o il crescente difetto ematosico; o la pressura de'centri nervosi; o tutto, rende conto del modo onde in simili congiunture cade prima abbiosciata e poi spenta la vita. Esempi di simil fatta si rinvengono anche presso gli antichi scrittori in copia meravigliosa. Studiati con accuratezza presso Ballonio, Zacuto Lusitano, Lower, Langelotio, Bonet, Bartolino, Diemerbroek, Bauhino, Salio Diverso, Riverio, Russeo, Dehaen, Barrero, Spigelio, Willis, Werfer, Vesalio, Kerkringio, Tulpio, Segero, Panarolo, Riolano ec. si può dovunque comprendere come veramente la origine loro tenesse alle due cagioni che superiormente accennammo.

Non lasceremo questo argomento senza rivolgerci con un rapido sguardo alle possibili origini del pus, che talora si rinviene chiuso per entro ad una concrezione fibrinosa, formando così la cisti purulenta nel cuore.

L' unica ragione a tutti ovvia, per la quale è impossibile trovare pus elaborato entro alle cavità cardiache investite di una flogosi membranacea o parenchimatosa, è la foga del circolo. Quando poi questa rompa di contro ad ostacolo potentissimo, siccome sarebbe una

concrezione avente i caratteri della sodezza, ertezza e doppia stratificazione traversa e longitudinale, di color bianco-perla, o bianco lurido, o bianco-roseo; non havvi ragione che tenga contro al possibile rinvenimento nel cuore di un pus elaborato dal processo flogistico, onde fu colpita la sierosa, o con essa la fibra muscolare sottoposta, ed allora fattosi strada alla cavità per ulcerazioni endocarditiche.

Se la capillarità non è fatto che spieghi secondo Wirchow il fenomeno della occlusione di esso nel centro del polipo, chi dice a noi che tra la superficie adesiva del coagulo e la membrana ulcerata non si eserciti una suzione, e che questa avvalorisi dalla scossa e dalla pressione sofferta ad ogni tratto per l' onda sanguigna trascorrente? Ed ammesse a' micrografi le avvertenze che ci regalano in quanto ai detriti di sostanze fibrinose, od alle metamorfisi regressive come ci accorderemo con essi, quando ci descrivono una cellula nucleata? Il dubbio non adduce a soluzione di qualsiasi quesito: è dunque per ciò, che dicemmo noi su cotesta quistione non essere ancora pronunciato il definitivo giudizio.

Potrebb' ella mai accordarsi l' autonomia flogistica al polipo vero e aderente al cuore? Legroux la sostiene e Dupuytren la soscrive. Lebert *dubita* della esistenza de' vasi... e se poi taluna volta ci fossero? Nuovi dubbî anche quì, sebbene a dir vero ci sembri più ragionevole la presunzione contraria ai due primi scrittori.

§ VIII. Dalla endocardite può prodursi embolia. Cosiffatto argomento è ben lungi dall'esser nuovo; cosicchè non senza meraviglia si legge in qualche scritto ch'esso tutto debba riferirsi al genio inquisitivo di Wirchow. « Si ejusdemmodi concretiones e corde per arterias productæ, Embolia

« abrumpantur forte a sanguine quamcumque ob causam
« vehementius commoto, ab ejusdemque impetu sursum
« trudantur; ad angustiores partes sedesque minime ce-
« dentes carotidum et vertebralium arteriarum esse per-
« venturas, sicque omnem ad cerebrum aditum sanguini
« obstructuras ». Ecco Morgagni. E perchè mai non si onora questo genio d'Italia, questo principe degli anatomo-patologi del mondo, di quella lettura avidissima della quale siam prodighi a quanti stranieri scrivono in medicina? Morgagni candissim' anima, non tralasciava di premettere queste altre parole. « habes Nymmanni « dogma in sepulcreto (lib. 1 s. 2 ob. 1 cum scholio) così che egli ne avverta, non esser nemmanco sua questa dottrina. Non vogliamo però tutto negare il merito allo scrittore tedesco, pel quale confermatosi anche una volta il *multa renascentur* di Orazio, ha saputo però dar tutta la luce a cotesta riproduzione, e confortarla eziandio di accuratissimi studî.

Fissi lo sguardo al nostro solo argomento, non ci occuperemo delle tante illustrazioni in proposito, che riteniamo conte a tutti i nostri leggitori.

Noi vedemmo generarsi per la endocardite entro le cavità, e sopratutto sulle valvole, e di queste in ispecial modo nella corta metà del cercine auricolo-ventricolare, essudati flogistici. Li considerammo così riguardo agli elementi ond'essi muovevano, come riguardo a'modi loro molteplici di erigersi isolatamente in più punti o stratificarsi sulla espansione membranosa. Il razionalismo e la pratica medica, per accettevoli teorie ed esempî innegabili, ci obbligano ad ammettere i possibili distacchi di cotali produzioni, e gli effetti che ne sieguono dal venir esse travolte per la correntia del sangue, ed alla fin fine

incastonate su per qualche andito arterioso. I remoti fenomeni che se ne destano, favellano turbamenti locali d'indole apopletica, perocchè di assai ravvicininsi in quanto ad ultime espressioni sintomatiche, due fatti in antitesi, vuoi lo eccesso della congestione e lo estravaso da una rottura, vuoi lo assoluto difetto del fluido riparatore.

Ed è là sopratutto ove ci sono cogniti per eccellenza, nella gravezza e moltiplicità loro, i fenomeni di turbamento vitale per lesa innervazione, vogliam dire nel cervello, ove noi rinveniamo gli effetti pari prodotti dalle cause che contempliamo. Nel meraviglioso studio di Kirkes dimostratore di notomia patologica nell'ospedale di s. Bartolomeo a Londra, abbiamo tre istorie tipiche a questo proposito.

Riguarda la prima tal Margherita Shaw che riparò all'ospedale suddetto per dolori all'estremità inferiori e debolezza generale. Dal mese di Luglio allo Agosto non presentò rimarchevoli cangiamenti, quando a un tratto di seduta sul letto a mangiare, cadde sul dosso come per deliquio. Ebbe alcun vomito e restò senza parola. Osservatala, notossi fatta emiplegiaca a sinistra senza però altra perdita de'sentimenti. La emiplegia divenne completa pel moto, integro rimastone il senso. Morissene tranquillamente dopo cinque giorni passati nelle condizioni anzidette. Inciso il cadavere sei ore dalla morte, vidersi normali e cranio e dura meninge, se non che nei piccoli vasi di questa notossi molta congestione, ed in alcuni punti una ecchimosi. Però, entro il cervello a destra, apparve il corpo striato cangiatosi in poltiglia bigio-sporca, senza ritenere traccia della sua normal tessitura. Tutto lo emisfero di questo lato fu trovato più molle, e

parve contenesse poca quantità di sangue. L'arteria media cerebrale destra vidcsi ostrutta per un nodo fibriniforme duro bianchissimo, che per quantunque non aderente al vase, pure tutto l'oppilò.

Il cuore, oltre molte e diverse lesioni riferibili tutte a durati processi flemmasici, dimostrò la mitrale intera investita di grosse concrezioni verrucose di fibrina tinta di sangue. Eranvi pure entro l'aorta alcuni depositi di fibrina sparsi tra le tonache. La iliaca primitiva, un pollice circa sopra la sua branca interna, era turata da un coagulo sodo pallido lamellato, che discendeva per le diramazioni interne ed esterne.

L'altra osservazione fu sulla inferma Luigia Richard, giovane di 24 anni, esile e pallida, resa emiplegiaca a destra improvvisamente da 5 giorni prima che si recasse allo ospedale. Intelligenza discretamente lucida, favella non libera, perduta la memoria delle parole. All'apice del cuore forte rumore; alla base rumori chiari (così infelicemente si esprime l'autore od il traduttore). Morì dopo tre mesi fra cotesti sintomi variati per gradi, e cinque giorni prima della morte, si videro macchie particolari sul corpo, non che l'edema della mano e del piede destro.

Presso a poco eguali al superiore caso furono i trovati cadaverici. L'arteria cerebrale media sinistra, immediatamente dalla origine, obliterata da un grumo bianco sodo ovale, del volume e forma di un grano di frumento. I tronchi dell'arteria vidersi divenuti tre cordoni duri sottili gialli. Questi tralci distribuivansi per la parte di cervello che si trovò diffluente, vicino al corpo striato ammollito.

Oltre parecchie lesioni, quivi anche rinvennesi

La mitrale coperta di numerose escrescenze condi-

lomatose grosse formate di fibrina discretamente consistente ec.

L'arteria iliaca esterna obliterata immediatamente sopra il legamento di Poupart da un grumo pallido lamellato ec.

La terza istoria si riferisce a tal W. Purdy - 24 anni - bevone, lavorante ad un gasificio - Emiplegia sinistra, edema de'piedi e delle gambe - le due vene femorali dure e dolenti - ecchimosi sulla coscia sinistra - Rumore aspro prolungato all'apice del cuore digradante verso la base. Ebbe sintomi di endocardite. Scorsi 15 giorni da questi, levossi una notte per iscaricare il ventre. Non tornando al suo letto, la moglie cercollo, e lo trovò confuso col braccio e mano sinistra paralizzati, la faccia stirata obliquamente, ed impedita loquela. Riposto nel letto, ebbe la gamba paralizzata come i superiori arti nel moto, e non nel senso. Morì dopo 10 giorni da che decombeva all'ospedale, ove si parve alquanto riavuto co'tonici.

Sostanza cerebrale pallida e molle dovunque - Niuna traccia di flogosi - Membrane sane ma pallide - Esangue la pia - L'arteria cerebrale media era obliterata da un coagulo sodo di sostanza fibrinosa pallida del volume di un seme di canapa. Altre molte e diverse lesioni.

La tricuspidale e la mitrale e l'aortiche erano cosparse di grosse sode e verrucose vegetazioni, varie nella forma e nella densità. Costavano di sostanza fibrinosa, densa e tenace.

Lo scorcio di cotesti casi che noi tenemmo di tale interesse da registrarlo in questo nostro lavoro, presenta molto a considerare.

L'autore già di per se stesso chiamò l'attenzione sul fatto comune alle tre istorie dell'ostacolo meccanico la

circolo cerebrale rinvenuto quasi nel punto istesso. Di che dà plausibile ragione anatomica in ciò specialmente, che l'arteria cerebrale media e l'anteriore formano insieme un angolo, nel quale la media già più ampia per se, trovasi poi in più diretta continuazione colla carotide.

Del resto, in queste istorie doveva eliminarsi il caso di un processo locale entro i surriferiti vasi, cui riferire possibilmente i trovati, perocchè non ve n'ebbe vestigio - più lo avere rinvenuto nella milza, nel rene, nel polmone di simili corpuscoli a quelli onde fu parola nell'arterie sospinti quivi anche dal sangue ec. era nuovo ed ineluttabile argomento per dimostrarne la origine.

Riprendendo noi il nostro discorso, cosa diremo dicontro a simili avvenimenti? Pretendere alla diagnosi non lo riteniamo impossibile, ma nulla più oltre: cosicchè da tutto lo studio che potrà farsi col volgere del tempo intorno a questo argomento, gl'infermi non guadagnerebbero che la certezza ferale di un pronostico. Ma perchè non possano giovarsi que'miseri cui avviene tanto danno, sarebbe per questo accettabile consiglio lo smettere da cotesti studi? No: per due ragioni a parer nostro gravissime - La prima si è che lucidamente costituita la notizia di tal forma morbosa sarebbe di schermo a'miseri contro la intemperanza di un medico il quale si argomentasse doverli trattare siccome tocchi di affezioni apoplettico-paralitiche per fatto di congestioni, domabili dal salasso in ispecie e dagli antiflogistici in genere. La seconda è che l'arte non debbe soffrire indugi o contese a' suoi perfezionamenti: che se tuttociò da cui non rampolla immediato palpabile frutto alla umana famiglia dovesse venire trasandato, molti libri si avrebbero a chiudere ed abbandonar molte scienze.

La diagnosi adunque in simili congiunture riposa sui seguenti criterii.

1.° Notizie istoriche precedenti e prove attuali onde risulti dichiarata una di quelle infermità endocardiache i cui relitti consistono negli esoplasmi diversamente foggiati, ma sempre irregolari ed elevantisi sulle valvole in guisa, da ostare al corso del sangue; cosicchè sentano dalla correntia del medesimo un'azione capace a distaccarli e travolgerli.

2.° L' appariscenza, non già di forme compiute, ma di fenomeni apoplettico-paralitici, speciale pel modo onde questi insorsero, per la lentezza colla quale procedettero, per la indipendenza sull'individuo, come possa ciò meglio provarsi, dalla serie di quelle cagioni che sogliono preparare o produrre siffatte forme. (Abito esterno, età, retaggi, cagioni).

3.° Abile esclusione della Cardiopiosi, come quella che più da vicino ritiensi capace a destare forme morbose non molto dissimili.

Non parleremo degli argomenti validissimi e numerosi che stanno a provare lo ammollimento del cervello occorrere eziandio com' effetto di mancata nutrizione, poichè questo fatto accettato oggi universalmente, non dovrebb'esser quì confortato di prove.

Finalmente il nesso tra la endocardite e i depositi di fibrina, in luoghi remoti furono segnalati pure da Hasse e Rokitansky.

E non solo, come è chiaro, nel cervello possono incunearsi gli emboli, ma nelle arterie tutte insino a quella dell' occhio, dove Graefe ne trovò uno nell' arte-

ria centrale della retina. Così dunque verificatisi nell'arterie degli arti, ed in quelle de'visceri, produssero fenomeni di morbosità relative.

Processi d'infezione

§ IX. Se però i sodi nuclei di fibrina portino cotesti effetti, non è a tacersi come i polipi o trombi, oltrechè sminuzzati dalla corrente valgano talora come i suddetti nuclei fibrinosi ad indurre gli arresti del circolo, e le conseguenze loro, quando siano poi nell'estremità rammolliti e corrotti, possono addurre nel sangue una discrasia settica, e quindi tale inquinamento da commuovere le più ricise forme tifoidee. Il modo come ciò possa avvenire, e le cagioni molteplici di tanto danno, siano esse primitivamente periferiche, e secondariamente centrali o endocardiache; o siano per l'opposta vicenda, furono egregiamente descritte da Wirchow che diede il nome di trombo *autoctono* al primitivo endovasale, e di *prolungato* a quello che nascente dal primo, sboccava ne'vasi venosi a crescente calibro. Dallo stritolarsi del coagulo prolungato versante nell'onda circolante, epperò da emboli capaci ad otturare i capillari arteriosi o venosi dei sistemi vicini, il sullodato scrittore argomentò generarsi spesse volte le metastasi quali prodotti di embolie, e confortò il suo enunciato coll'esempio di una grave epidemia di febbri puerperali, nelle quali avvegnachè scorgesse diversità di forma, tuttavolta quand' ella avvenia la metastasi polmonare la vide congiunta a trombosi de' vasi pelvici o degli arti inferiori: notando per contro, che se si trovassero infiammati i linfatici, mancava la metastasi polmonare. Coteste origini motiverebbero un modo di quella pioemia che intese Wirchow in senso complesso. Però non debbe passare inosservato, che se dalle ulceri endocardiache

di cui notammo la esistenza, cui niuno de' recenti ha fin quì che io mi sappia, oppugnata; si versasse del pus nel torrente del circolo, lo che certamente non ripugna a chiunque si faccia a considerare senza prevenzione alcuna sull'argomento; non potrebbe poi a fronte sicura Wirchow oppugnare la pioemia anche nel senso etimologico quando il microscopio gli negasse una differenza caratteristica tra il globulo purulento ed il leucocite.

§ X. La endocardite che noi venimmo sin qui considerando, ci si presentò acuta nella forma, e cagione di più o men gravi danni allo intero organismo che la subiva; il rapporto di casualità torna per contro a farne istrutti come diasi la endocardite prodotta da una diatesi o da un morbo preesistente e che non è solamente acuta la forma morbosa ond' ella si presenta alla investigazione. Quindi si aprirebbe campo vastissimo a chi fosse vago di trascorrerlo; ma noi limitandoci ai punti essenziali del dottrinale, e scrivendo a medici italiani in genere, ed a romani in ispecie, diremo come frequentissima e tipica per lento andamento, occorra fra noi la endocardite erpetica. Forme lente e diagnosi loro.

In modo assai generale può dirsi che la diagnosi della endocardite lenta veggasi sopra tutto basata nel difetto della febbre e nella mitezza degli altri sintomi che si riferiscono vuoi alla serie de'subiettivi, vuoi a quella degli obbiettivi.

In questa forma non fa sempre difetto la molestia o il dolore, assume però quando esista, tale andamento da commuovere le più ragionevoli dubbiezze. Infatti alcuna volta ci parrà doversi riferire ad una neuralgia intercostale, talaltra potrebbe sembrarci fenomeno riflesso, e spesse volte ci si appalesa così diverso che trag-

ga insieme allo inganno lo infermo ed il medico. Aggiungiamo, oltrech' esso non sia continuo, che non è eguale, che è mutabilissimo anche di sede, e prende e lascia il carattere di una punta o quello di una vampa.

Non vorrei stancarmi giammai dal dire le massime cautele ad aversi perchè non siamo noi pure balestrati nel falso; vuolsi che la pazienza nello investigare sia qui, sopra tutto, adoperata. Mi avvenne anche non ha guari incontrarmi col Dott. Taussig in una giovine signora presso la quale più medici degnissimi di stima furono ingannati dal racconto di sofferenze stomacali. Localizzata la diagnosi, la molestia accusata si presentò in seguito di tempo nella sua vera regione; ed il soffio endocarditico, e lo sdoppiamento del secondo suono, ed i sensi di deliquio, ed uno che ne avvenne così grave da far cadere la inferma priva di sensi, furono tutti fenomeni che sopraggiunsero evidentissimi. In questa signora era fuori dubbio in causa una diatesi erpetica di retaggio.

« La diagnosi della Endocardite cronica » avverte Stokes [1] « specialmente quando non non si ebbe oppor-
« tunità di studiarla ne'primi stadî, è difficile; e la dia-
« gnosi differenziale tra questa e le malattie valvolari
« di altra natura, sembra essere, nel presente stato delle
« nostre cognizioni, affatto impossibile ». Il quale asserto soffre innumerevoli eccezioni: che anzi è solamente vero laddove intervennero gravissime alterazioni di orificî e valvole, cosicchè i rumori che le palesano ci occorrano aspri all' udito e prolungati. Per converso e genericamente noi diremmo così. La diagnosi della Endocardite cronica posa sullo stesso quadro fenomenale

[1] Op. cit. pag. 145.

che accennammo per l'acuta, toltane la febbre, e rimessi nel grado gli altri sintomi relativi. Però ci conforterà il criterio delle cause, la storia de' fenomeni occorsi nel passato periodo, l' attuale incentramento de' sintomi sul cuore, il soffio co'suoi criterî differenziali, i suoni morbosamente esagerati delle valvole (*clac valvolare*) la brevità morbosa del primo movimento fonetico, il trasalire del secondo, epperò la perdita de' noti caratteri relativi ad ognuno di essi, e sopratutto il sentirsi degli urti valvolari appressando l'orecchio, senza toccarlo, sul petto dello infermo, fenomeno distinto dalle scosse robuste che darebbe il viscere se fosse ipertrofico. A tutto questo è d'aggiungere, che occorre far distinzione fra endocardite acuta che in progresso di tempo si rese cronica, ed in endocardite cronica o lenta primitivamente tale. Perocchè se per la prima valgono non infrequentemente le parole di Stokes, per la seconda dobbiam conoscere che le gravi alterazioni di canalizzazione manchino per lo più; sendo verissimo, che i relitti di essa non sieno *esoplastici* ma *endoplastici* ossia che ne risulti addensata nello enchima la membrana, avendo così luogo quella forma anatomica che va col nome di *sclerotizzante* e che ci cade pure sotto gli occhi privi di lente.

Quello però che senza riserve debbesi ammettere collo scrittore di Dublino è la endocardite latente. Ma in tal caso se nella mancanza assoluta di ogni sintomo subiettivo, altre norme non potremmo avere al giudizio che varcassero il grado della probabilità, e ci dovremmo ridurre ad un rigido processo di eliminazione; i criterî obbiettivi ci soccorrerebbero senza fallo di luce migliore. Ed ecco perchè non è mai abbastanza inculcato il

precetto di ascoltar sempre il cuore, sebbene a farlo non apparisca ragion sufficiente di universali fenomeni.

E qui ci verrebbe il quesito: la endocardite destra fatt' astrazione dalle cause che la producono di preferenza nella vita intrauterina, quando ella esistesse nell'adulto sarebbe forse tale da meritarsi il titolo di latente?

Endocardite erpetica

§ XI. Abbiamo tra nostri ricordi più di 20 istorie ben circostanziate, nelle quali uomini di età oltre matura, scevri di qualsiasi retaggio in ordine ad organiche cardiopatie, ma quintessenze di labe erpetica eccentrizzata prima sull'estremità inferiori o sull'esterna superficie del corpo, appiccatasi poi protervamente alle membrane mucose, dallo stato di apparente benessere incominciarono a soffrire epatalgie ricorrenti e forme dispeptiche per lo aggravio del lobo sinistro del fegato, accresciutosi in lunghezza ed in peso a danni del sottoposto ventricolo. Dapprima giovati de' sanguisughi emorroidali e de' purgativi, ricaduti poi assai di frequente nelli stessi incomodi, cui la prima cura non valeva più a debellare, risentivano delle molestie nelle adiacenze del cuore, cioè palpiti profondi profondi a guisa di tremiti, ed indi a non molto, senso di oppressione e di ambascia dal moto per lo innanzi agevole. L'occhio sub-itterico, il vollo screziato ne' zigomi e nell' apice nasale di apparenti venuzze, la fronte in vicinanza del capillizio sede di una forfora pruriginosa. Esplorati nel cuore e nel polso offrivano tutti una certa irregolarità, ed in ben undici di essi abbiam nota di un soffio diastolico circoscritto ne' canali del cuor destro, mentre in tutti rinvenimmo il clac delle valvole saliente sul suono, reso del normale più basso. In questa, le molestie

cardiache, specialmente sotto alcuni sbilanci atmosferici cominciavano a farsi più gravi, aggiuntovi e quando una trafittura gagliarda, e quando il senso di una superficie premente come un dito applicato con qualche forza sul cuore, e quando vampe salienti dal centro toracico e progressive talora alle scapole, alle braccia, e quando soprassalti e lievi sensi di mancamento, congiunti ad irregolare intermittenza di circolo.

Col volgere di tempo non lungo le lesioni anatomiche del cuor diritto cominciavano a farsi evidenti con tutto il treno di una ectasia congiunta a svigorita potenza sistolica. Il modo di sorgere, di progredire, di terminare, la età de' soggetti, la immunità loro da' retaggi di cardiopatie organiche, la inquinazione erpetica manifesta, la tendenza di questo principio ad infralire il muscolo tostochè lo invada, le sofferenze epatiche del primo periodo, gli urti cardiaci, la danza venosa, la irregolarità del centro non tutta riflessa sul polso, almeno nella maggiore de' casi, favellavano la forma irritativa del cuor destro in complesso, seguìta a disturbi epatici tuttora esistenti, e non lasciavano dubbio alcuno sulla diagnosi, cui sola mancava la conferma dell' anatomia patologica. E questa non ci fece difetto in undici delle ventitre istorie che possediamo, e venne che anzi da noi fatte segno speciale alle nostre indagini.

Il cuore era in ognuno di essi di forma sferoidale. Molto adipe lo ricuopriva allo esterno specialmente sul destro margine e sul rafe, ed in taluno de' casi profondavasi evidentemente sul muscolo col primo grado della Cardiopiosi. La cavità del ventricolo destro dilatata, assottigliata, e congiunta al colore dell' Endocardio quan-

do rosso-bruno e quando rosso-perlato. Nella prima congiuntura il rammollimento cardiaco era sempre evidente, cotalchè il muscolo si lasciava penetrare dal dito che lo avesse tentato con forza. Nel secondo caso, la irritazione più palese nello endocardio avea congiunta sì la dilatazione e lo assottigliamento delle pareti viscerali, ma non quella specie di notata friabilità. Le valvole tricuspidi in quasi tutti sebbene raccorciate, pure si notavano cospicue per lucentezza e densità, ed in taluni punti massimamente, cioè al lembo loro adesivo. In nessuno essudati ma in parecchi vedevansi screziamenti vascolari a miriadi di finissimi punti, lo che certo non potrebbe da nessuno ritenersi fenomeno cadaverico!.. Le semilunari ritrovavansi singolarmente arrossate, ma di un rubore listato per lo più, ed esse pure irte e tese siccome per aumento enchimatoso, cui rispondeva il grado della tensione scontrato su la membrana endocardiaca.

Voluminoso sempre e rammollito il fegato, e quando di colore rosso-fosco e cedevole, e quando di color di ardesia listato a tinta più atra verso il margine acuto. Pesante e cascante, lasciava scorgere un aggrinzamento del periepate, assai facilmente distaccabile per liste; non alterata di molto a nud' occhio la sostanza, ma spesso in vista, adiposa. Aperta la cava, lungi dal suo normale colorito, che tutti conoscono, rigata di rosso più o meno acceso, e talvolta offerente chiazze larghe su su fino al cuore; ed entro il fegato, per le vene maggiori erette nel lume ed addensate notabilmente, coaguli di sangue ricoperti allo esterno d'intonaco fibrinoso. Lasciamo di parlare de' versamenti, e delle congestioni viscerali, e delle qualità del sangue, e di altre lesioni esternamente valutabili.

Questa conferma fu per noi luminosa, a tale che ne riteniamo certo il fatto contro qualsivoglia negazione sofistica od escogitata a priori.

Però se generalmente parlando, noi siamo sempre dai fatti e poco dalle parole, non sembrane fuori tempo annotare, ciò che da nostri studi ci venne osservato, e che vale ad ispiegar cotesta vicenda.

Un'area qualunque esterna o seminterna, invasa dall'erpete cronico si lascia annotare singolarmente per un gruppo venoso di capillari che turgido campeggia con tutti i caratteri della dilatazione vascolare. Intensamente colorato e disposto in foggie diverse, scorre in sensi molteplici lo spazio irritato dall'erpete, che si avviva, si arrossa, si punteggia, si tende, si leva nel grado del calore, e si aggiunge ad una specie di lucentezza singolare. Un lieve essudamento che tantosto si dissecca e si sfalda in isquame od in forfora, accrescentesi nei punti marginali, e dilatando in forma sferoide. Oltre tutto ciò, il carattere speciale dell' erompenti vescicole ragunate per gruppi o disseminate, pruriginose ardenti ec. dimostrano a tutte prime come per mezzo dell' estreme vene e de'linfatici si operi dal sangue la eliminazione della quiddità morbosa, e che perciò tra vasi entoplastici sieno a preferenza le vene quelle che ne risentono. Dall' estremità investite del sistema, può sicuramente il principio erpetico procedere pei tralci, e far sosta laddove le vene trovino un centro, e l' erpete abbia vicino uno dei fonti primigenii; ed eccoci al fegato. Lo stomaco però è un fonte primigenio dell' erpete, e ch' il niegherebbe !.. Hannovi e prove e controprove. Le prove son tratte dalla osservazione quotidiana che ne ammaestra essere gl' individui soggetti alla discrasia, più che tutto danneggiati dal-

l'uso delle sostanze acidificabili e grasse. Il latte è nemico grandemente a costoro così, che per lo più sel sappiano dalla propria sperienza. Abbiam veduto e riveduto con certezza una tazza di cioccolatte e del burro preso per colezione, aver indi a poco tempo riacceso delle chiazze umorali esterne, che parcano sopite da lunghi giorni, e così ridestato il calore e con esso il senso pruriginoso e la separazione della linfa col rinnovarsi di alcune vescichette. - Le controprove sono cliniche. - Null' avvantaggia di meglio gli erpetici che l' ossido purissimo di Magnesio preso a stomaco vuoto nelle prime ore del mattino, e tuttochè dall' uso menomo di questa sostanza alcalina il ventre non si muova gran fatto, pure l' egestioni riescono quasi sempre brucianti. La chimica patologica ha quivi a scoprire facilmente le trasmodanze o i difetti - le intime viziature umorali. Ma non dobbiamo noi quì più di tanto arrestarne. Ciò che abbiam detto è pochissimo, ma verissimo: e poco vero basta ai più sagaci. Corrivato nelle vene epatiche, potrà ben facilmente sospingersi il principio erpetico al cuore col quale il fegato è a menoma distanza in contatto mediato per la cava inferiore. Questo insigne vaso, che raccoglie tanta e sì ricca parte di sangue, recando alle foci del circolo la glucosa epatica ci addimostra eziandio, che il fegato può nelle sue vene risentire a doppio della influenza erpetica; cioè a dire e di quella che ridestasi da una particolare alimentazione sopra le particolari condizioni di un' organismo, e di quella che a lui può corrivarsi per fatto del circolo venoso universale.

Oltre tutto ciò havvi poi che il sangue montante per la cava inferiore, recando parte della sintesi nu-

tritiva (glucogenesi epatica), riunito a quello che torna dalla sfera superiore del circolo entrando negli atrii destri del cuore, tutto vi reca lo stimolo delle infezioni in germe ed in atto, cosicchè pure indipendentemente da quanto noi diremmo per mancanza di miglior vocabolo, flebite epatica, può concepire una lenta ma proterva irritazione lo endocardio destro, ed appalesare la forma della endocardite erpetica, di cui demmo i caratteri.

In Roma è l'erpetismo involgato così, che senza tema di andar errati nel giudizio potremmo asserire, essere sulla infezione la norma, e sulla immunità la eccezione. Indi gli attacchi molteplici e diversi, esterni semiinterni ed interni, e fra questi ultimi lo incentramento sull' albero bronchiale, ed entro ai penetrali del circolo.

Lo endocardio irritato e flogosato specialmente da cotesta infezione, siccome già di sopra accennammo, non ci si palesa con tutta la serie di sintomi classici della endocardite. Lamentano gl' infermi pungiture vivaci quì e quà del centro circolatorio, cui nello stato il più ordinario si aggiunge netto il *clac* delle balvole. Carattere fin dal principio saliente è la irregolarità del circolo, ed il salto delle mosse cardiache, ed il soffio: ma talvolta si veggono aggiungere più o meno violente espressioni neuralgiche indi eccitate, col simulacro della forma dolorifica propria della stenocardia, senza però che vi si accompagni e la oppressione somma, ed il senso di morte vicina, e lo annientamento morale. Come havvi una Endocardite erpetica, e così interviene talvolta una Endo-aortite della stessa natura, di cui favelleremo a suo tempo. Da tutto ciò facilmente rilevasi che questi

sintomi fatti salienti in un gruppo, possano talune fiate imporre a'meno istrutti nell'arte della diagnosi un dubbio che sembrerà a tutte prime assai ragionevole sulla integrità organica del cuore. Infatti assai spesso siamo stati consultati da infermi di questo genere, cui erasi data da' Medici la paurosa sentenza di un *vizio precordiale*.

Negl'infermi di simil fatta la diagnosi è tutt'altro che oscura. Escluso il retaggio ove lo si possa, ed eliminato lo antecedente di quelle infermità che sono capaci a preferenza di ogni altra, d' indurre sul centro del circolo lesioni organopatiche, esaminata con ogni diligenza la periferia del corpo, e le mucose accessibili all' occhio, avremo indefettibilmente la prova anatomica di questo principio che si potrà con analisi non difficile ritrovare il più delle volte nella linea ascendente, collaterale e discendente di una stessa famiglia. Con questo metodo assai ovvio, reso lucidissimo il principio disaffine, ognuno per poco che sia Medico, varrà a spiegarsi i disordini del cuore. I quali possono infallantemente ridursi a certa diagnosi, quantunque volte, giovatisi di un sagace metodo eliminativo, escluderemo le ipertrofie, l' ectasia, ed i vizi di canalizzazione.

Non è questo però solamente il modo col quale si genera una endocardite erpetica, che anzi noi fin quì ne descrivemmo il meno ovvio. Ne' soggetti giovani in larghissime proporzioni s' incontrano l' endocarditi di questo fondo, che interessano le cavità sinistre del cuore e si propagano eziandio per l' aorta. La forma morbosa in simili casi, lungi dall' essere intenebrata è che anzi apertissima; soccorrendoci per la diagnosi quasi in-

teramente il doppio treno de' fenomeni, con quelle riserve però che si addicono, siccome vedemmo, ad una forma lenta. Nè dobbiamo eziandio misconoscere, come dall'usitato andamento possano assorgere all'acuzie, specialmente allora che fosse stata subitanea la repressione di una efflorescenza, non mancando nemmanco una forma ibrida o a meglio dire composta in ordine causale. Fingiamo per esempio che Caio già lunga pezza travagliato da lenta endocardite erpetica e da cronica bronchite capillare di questa indole, coll' asma a quando a quando per sintoma, contragga una infreddatura; e colla bronchite reumatica che rincara l'erpetica, si adduca eziandio nel centro del circolo siffatta vicenda. La quotidiana sperienza è maestra, che in soggetti similmente tocchi, se intervenga una flogosi enchimatosa, e questa rovina, e mette in fin di vita lo infermo. Ove ci prendesse vaghezza di muovere sù l' argomento da considerazioni più vaste, perchè intese alla disamina della mobil diatesi, ne andrebbe lungo discorso; sebbene si schivasse e la quistione dell' alterato mistionismo organico, e quella delle sole forme anatomiche eruttive, poco plausibile quando fosse esclusiva.

Tornando sul principale argomento della endocardite sinistra a corso cronico, avremmo ad esuberanza il materiale degli esempi e la citazione di molti valorosi colleghi che con noi videro simili infermi e li curarono. Io non li addurrò, sapendo che pe' medici miei concittadini non fa mestieri; e che per gli altri colleghi d' Italia potrebbero non essere così grandemente interessanti le istorie, perchè essi forse non avranno come noi, la frequente occasione di trattar malati di simil fatta.

Dobbiamo avvertire però che genericamente parlando questa specie endocardite non riesca mortale per se, ma prepari da lunga mano le iatture organiche che veggonsi occorrere singolarmente sul muscolo, quando varcato il meriggio della vita, venga pure scemandosi la naturale resistenza ed elasticità de'solidi, e sia minorata nel fluido principe, l'azione riparatrice.

Endocardite per diatesi urica e podagrica.

§. XII. Ragionando di questa specie endocardite, intendo che a tutti sia conta la istoria chimico-vitale dell' acido urico e della urea, gli effetti patologici che possono derivare dalla esorbitanza e dal difetto e dalle combinazioni di questi elementi costitutivi dell' orina, e le forme morbose che ne rampollano e la convertibilità loro, e gli attacchi consecutivi delle sierose endocardiache ed endovasali.

E primieramente diremo della endocardite podagrica, la quale se veggasi per lo più sortire subdola origine e correre lentissimo corso, non è però che talvolta non iscoppî con forma acutissima e rapidamente mortale. Mi sovviene difatti di un nobile infermo che soggetto alla epilessia organica e travagliato da lungo tempo per la podagra, un giorno dopo molti assalti, del gran male, sentì un tratto vivacissimamente i cruciati della podagra che invadeva e mani e piedi. Intollerante delle fomenta calde e secche ordinategli per vieppiù richiamare e mantenere nella lor sede le flussioni morbose, volle che i servi gli portassero acqua fredda, dove immerse improvvidamente l'estremità dolorose. In un'ora i visceri del petto vidersi assaliti con una strana fierezza, e tumultuando il cuore, e mozzo il respiro da un affanno ognor più crescente, e sopraggiunto il rantolo di morte si rese cadavere. La sezione istituita dinanzi

a molti distinti medici della capitale, oltre al dischiudere gravi le lesioni organiche nella base del cranio e nel canal vertebrale, spiegò quella morte dimostrando l' endocardio di color rosso fosco intensissimo e da per tutto eguale, ed il polmone nel massimo grado d' iperemia.

I sintomi tutti che noi vedemmo proprî di una endocardite lenta, quadrano mirabilmente nello svolgersi di un lento processo endocarditico per siffatta ragione. È però quivi che si osserva intervenire di preferenza ed a'parossismi esacerbanti la forma dolorifica, cotalchè pervenga talora al vero accesso dell' *angina pectoris*; ed aggiungersi continue e moleste palpitazioni al senso dello infermo più che a quello del medico.

E dallo infiltrarsi per vie non sue di un principio istesso reso esorbitante, o si adducono i calcoli se avvenne il fatto sulle membrane mucose, o si generano gl' incrostamenti s' ebbe luogo sulle sierose. Da ciò s' intende perchè odansi di preferenza in cotesta specie endocardite, rumori aspri supplantanti i moti fonetici del cuore, fatti ognor più crescenti dal cupo lavorio che operandosi protervamente sugli orificî e sulle valvole cardiache, generano inelasticità ed asprezze ; e cigoli e frema il sangue, sorpassandole. Havvi pure a riflettere che la irregolarità del circolo spesse fiate non che farsi satellite di tali organo-patie, le precede, in guisa che oggi non abbiavi pratico mediocremente istrutto cui non sia palese l' alto nesso che collega due espressioni morbose fra se in apparenza distrattissime, cioè: *irregolarità di polso* ed *arenule*. Or quivi potrebbe addimandarmisi: non saranno essi codesti processi meglio irritativi che flogistici ? A cui : chiaminsi pure a ta-

lento coll' uno e l' altro vocabolo, purchè noi c' intendiamo nella parte essenziale della quistione, o vogliam dire in questo: che trattasi di una quiddità morbosa ben definita, invadente zone membranacee, e che le stimola innormalmente e va screziandole di depositi morbosi, osteggiando così la vita fisiologica del cuore e commovendone risentimenti dinamico-vitali, e preparando con queste, altre iatture organiche le quali co' giorni vanno a farsi più gravi.

Endocardite sifilitica

§. XIII. La sifilide s' incentra, e dovunque fa aspro governo de' tessuti invasi. Giunge a' penetrali del circolo e l' irrita e l' infiamma e li esulcera e li cosparge de' suoi neoplasmi morbosi. Havvi una endocardite lenta sifilitica, della quale non andrò lungi dal vero asserendo che ogni pratico possa averne veduto qualche esempio. Cupa nella origine, lentissima nel corso, ma non meno delle altre perniciosa per gli effetti, si palesa al medico osservatore per le stesse indagini che descrivemmo necessarie, e per analoghe espressioni sintomatiche. Analoghe dissi e non simili, poichè quivi la forma dolorifica e la irregolarità circolatoria sieno di assai più rare che nella precedente specie. L' anatomia patologica presenta vegetazioni ed ulceri caratteristiche, ed è ben ragionevole la presunzione per la quale ritengonsi queste ulceri fatte, siccome novelle scaturigini di continuata infezione. I sifilografi del giorno che hanno spinto le disamine loro tant' oltre su cotesto argomento, così che in talun punto riescano soverchie; non hanno poi badato quanto era mestieri a questo fatto principe. Noi gl' invitiamo a non trasandarlo, anche perchè in questa congiuntura la medicina curatrice può riuscire brillante. Tra parecchi esempi che potremmo addurre

alla prova di siffatto enunciato, ci sovviene quello avvenutoci testè in un consulto per tal signora tenuta in cura da uno de' più distinti allievi della scuola romana il Dott. Adriano Ballanti. La endocardite era luminosamente provata, ma non meno di questa, la origine. Un aspro rumore sistolico nel primo intercalare supplantava il secondo suono. Rumore evidentemente prodotto da vegetazioni delle valvole aortiche. Un metodo di cura interno, e sopratutto l' uso continuo del mercurio sulle aree vescicate corrispondenti alla sottoposta lesione, vinsero compiutamente il rumore organico e gli altri sintomi di endocardite. In cosifatte congiunture, ogni dubbio etiologico dileguasi, quando esistendo chiarissima una forma endocarditica, con un rigido metodo eliminativo se ne lumeggi la causa.

§. XIV. La obiettiva clinica di codesta endocardite è doppia. O trattasi di una complicazione o successione morbosa del tifo, o della febbre tifoide; o trattasi di un attacco primitivo del principio tifogenico sulle sierose cardiache. In questo secondo caso la vita di un infermo può essere in quattro o sei giorni finita. In quel primo può accadere, che sebbene l' infermo siasi apparentemente rivendicato dalla sua gravissima infermità, muora a un tratto nel mezzo di una dichiarata convalescenza. Il primo avvenimento ha facile interpretazione. Un soggetto che abbia grandemente assorbito il contaggio, o se vogliasi in genere il principio tifico, rimane così contristato da questa efficienza patologica che gli si strugge nel grembo del sangue la potenza eccentrizzante, o quella potenza che pure oggi in medicina ha lusso strepitoso di nomi. Lo universale organismo cade sopraffatto, e il cadavere presenta ben

Endocardite tifoidea

poco a chi lo vada perlustrando. Il sangue però e le vie che trascorre, favellano alti turbamenti che si traducono nel linguaggio anatomico per una fluidificazione nereggiante di quello, ed un cupo arrossamento di queste, con vistosa flaccidità del muscolo cardiaco. E i due gravi danni da tutti i più riputati clinici solennizzati in cotale avvenimento, si leggono così sul cuore, e nella evidente cacoemia e nella indubitabile paralisi.

Or bene: queste stesse ragioni son quelle che improntano di speciali caratteri la endocardite tifoide. Difatti i suoni parafonici, il languido risalto del contingente fonetico valvolare, i lievi soffi, la rapidità massima congiunta alla esiguità impulsiva delle movenze cardiache, così che più di un palpito affrettato lo si direbbe un accelerato tremito del cuore. Aggiungiamo a tutto ciò, quanti valgon criterî a svelare la sembianza di quella infermità cui precorre, accompagna o consegnita la endocardite in discorso, ed avremo un completo giudizio.

Divisione della Endocardite

§. XV. Dal dottrinale sin quì discorso, apertamente rilevasi che la Endocardite possa dividersi anch' essa per le sue differenze anatomiche, patologiche e cliniche.

La differenza anatomica comprende quattro specie: la prima considera gli essudati; la seconda le alterazioni del colorito; la terza quelle di densità; la quarta le iatture organiche sui ripiegamenti valvolari, sugli orificî e negli atrî.

La differenza patologica contempla le cause, la origine, la indole, il corso, la complicazione.

La clinica le tre forme che si scontrano più o meno ricise nella pratica, cioè: la forma flogistica genuina, la irritativa o diatesica, la cacoemica o tifoide.

ENDOCARDITE

DIFFERENZE ANATOMICHE

Con essudati....	*sopra e sotto* *valvolari*	granulari pustolosi filamentosi chiazzati invaginanti
Con alterazione di colorito...	*valvolare* *e* *cavitario*	coccineo rosso-atro rosso-livido perlaceo
Con alterazione di densita'...	*valvolare* *e* *cavitario*	tumida o rammollita opacata rugosa fibroide cartillaginiforme
Con jatture organiche sulle	*valvole* *orificii* *cavità*	insufficienze stenosie lesioni composte ulceri

ENDOCARDITE

Differenze Patologiche

CAUSA	emitica – esantematica artritica – reumatica podagrica – urolitica tifoide – erpetica sifilitica – puerperale – traumatica
ORIGINE	primaría – secondaria semplice – complicata
INDOLE	manifesta – occulta grave – mite
CORSO	acutissima – acuta lenta
COMPLICAZIONE	artrite – reumatismo podagra – arenule erpete – esantemi febrili pericardite – miocardite pleurite – bronchite pneumonite – tifo febbri puerperali – emite

ENDOCARDITE

DIFFERENZE CLINICHE

	1.ª Forma **Flogistica genuina**	2.ª Forma **Irritativa o diatesica**	3.ª Forma **Cacoemica o tifoidea**
Febbre	Intensa	Nulla	Inqualificabile
Stato del cuore	Vibrato scuotente celere	Vibrato	Celere e tremulo
Polso	Relativamente basso, poco simmetrico	Idem	Piccolo e irregolare
Dolore	Nullo per lo più	Nullo, ma a volte gravissimo e fallace nei punti terminali	Nullo
Giacitura	Sollevata e per lo più intollerabile a manca	Fastidiosa a sinistra	Indeterminata e smaniosa
Ottusità cardiaca	Normale o di poco aumentata	Idem	Normale
Rumori	Soffi di stringimento d'insufficienza, od inorganici	Idem	Soffi lievissimi indeterminabili
Suoni del cuore	Risalto del contingente valvolare e sdoppiamenti	Idem	Parafonici con lieve risalto valvolare

Cause della Endocardite

§. XVI. Le cause della endocardite furono abbastanza discusse fin qui, perchè non sia duopo ripeterle. Vedemmo già le influenze del reumatismo e dell'artritide; considerammo quelle della vitale alterazione del sangue; poi le altre che si riferiscono genericamente alle cacoemie.

Meritano speciale avvertenza le condizioni del clima, ed il lavoro di Kreysig debb' essere di sprone alle ulteriori indagini. Il freddo umido intenso ha cagionato talora delle morti assai rapide, con forme asfissianti e tumulti cardiaci. In Roma ne sono avvenuti de' casi. Tempo forse verrà nel quale i progressi dell'ematologia patologica dimostreranno i possibili danni derivanti al sangue da talune costituzioni atmosferiche, ed i gravi influssi che esercitano le alterazioni chimico-vitali di questo fluido principe, sugli interiori velamenti del muscolo semovente. Avranno in ciò azione talune nebbie marine?.. talune condizioni ozonometriche? Sarebbervi ragioni a presumere.

Notammo la sifilide causa di endocardite. Questa potenza etiogenica debbe certamente occuparci, perocchè sia frequente appo noi la sifilide costituzionale.

Volemmo pure segnalato l'erpetismo specialmente nella nostra città.

Anche la endocardite potrebb' essere traumatica, dalla flebite che insorge per disgraziati salassi. Bouilland, Hope ne osservarono esempî, ed uno ne vid'io nell' ospedale di S. Spirito.

La endocardite genuina può essere indotta eziandio da cause universali eccitanti, che sendo notissime non abbisognano nemmeno di essere ripetute. Appartiene al capitolo delle cause della endocardite, il discorso della

metastasi. Tra le antiche e le recenti dottrine intorno a siffatto argomento, niuno è che non sappia qual mai differenza si noti. Noi non adopreremo molte parole in proposito, specialmente dopo i lavori di Wirchow, che su questo argomento debbon essere studiati da tutti.

Egli è evidente che i trasporti morbosi debbano farsi in determinate guise nel nostro organismo, e che le materie condotte debban essere acconcie a'meati conduttori. È certo difatti, che l'embolia capillare riesca una delle forme più interessanti della metastasi. Ci è duopo conoscere il funzionamento de'linfatici, e ciò che possa trasmigrare per essi, e ciò che no; i nessi del sistema linfatico colla milza, colle reni e col fegato; i rapporti di essi col grand'alveo circolatorio: infine aver tutte quelle contezze necessarie per ispiegare i trasporti. I principî veramente assorbibili possono essere balestrati da un punto all'altro indipendentemente da quella guisa che testè accennammo. Accettando però alcuni veri, neghiamo ricisamente altre proposizioni dello scrittore alemanno che si attengono all'argomento, in cui può prendere tanta parte la condizione vitale dell'endocardio.

§. XVII. Il pronostico nella endocardite non può darsi genericamente ed in modo uniforme. Troppe sono le differenze che venimmo annotando sin qui, e dalla origine, e dalla indole, e dall'andamento, e dalle complicazioni, e dagli esiti, perchè non si vegga chiarissima la necessità di tornare con un guardo analitico sulle cose discorse. Havvi una endocardite che indipendentemente dalla causa prima, induce sulle sierose del cuore lesioni organiche gravissime le quali osteggiano anche meccanicamente la vita. Havvene per contro un'altra spe- Pronostico della Endocardite

cie, la quale avvegnachè non induca tanto danno materiale visibile, non lascia per questo di minare sordamente la esistenza della vita cardiaca; che anzi pure senza solenni relitti, l' abbatte assai più prontamente. Ve ne ha una terza specie, ed è collocata in tal differenza causale, che sebbene risulti diatesica od alimentata da pravità di chimismo organico, tuttavia e non appartenga alla forza della squisita flogistica e nemmanco alla tristissima indole della icoeremia, del tifo e della piocmia in senso lato considerabile; e riposa in tale differenza anatomica, per la quale tranne le visibili alterazioni del colorito e della densità non adduce maggiori guasti organici. Sopra questi tre gruppi una prognosi lata si eleva nelle sue modalità lucidissima: ma siccome di fatti singoli noi tenemmo ragionare, è così utile di tornare sui singoli, per avvistarne la distanza pronostica.

La endocardite-emite ci sarà diversamente apprezzabile, o se non sia quistione che di un concitamento od esaltamento chimico-vitale del fluido principe, o se questa concitazione precorra una discrasia. Nel primo caso ci arride meglio la lusinga di far salvo lo infermo; nel secondo assai meno, come lo si prova da' fatti. Certo che quivi il pericolo ci apparisce menomo, considerando la integrità dell' intimo velame cardiaco come non gran fatto alterata: ma se vogliasi riflettere primieramente alle iperemie attive che ponno conseguitare ne' visceri, anche per ciò che diffondasi il processo flemmasico per le interne membrane de' vasi arteriosi; ognun vede quanto sia logico temere la morte, come risultato ultimo di lesioni complesse. Allorquando poi entri in quistione anche il pervertimento sanguigno, niuno è che non vegga quanto sieno gravi i rischi, e

quanto facilmente possa estinguersi la vita, perchè un doppio sistema rappresentativo di essa, venga minato nel suo funzionamento.

Egli è certo che quivi potrebbe taluno ritenere il primato morboso nel vizio ematico, poco o nulla considerando i danni dell'alveo circolatorio; ma ciò sarebbe un grave torto a nostro credere: tra perchè da'processi septico-emici, icoro-emici od altri di analoga natura che dir si vogliano, sta, per fatto inconcusso, una conseguente endocardite; e tra perchè le malattie del sangue stringano così indissolubile alleanza con quelle de' vasi da non potersene concedere astrazion medica, quando sia certo, che il sangue sia lo stimolo loro fisiologico, e che sebben essi non presentino orme notevoli di morbosità sul cadavere, hanno però dovuto sentirne necessariamente in vita le gravi influenze.

Una cecità inescusabile è quella di alcuni che vogliono anche oggidì negato alla solennità de' fatti il credito che loro appartiene; ma sarebbe non minore stoltezza quella di esiggere dovunque e sempre nella vastità dell' ignorato le prove materiali e luminose di un fatto che ha dovuto necessariamente esistere. Nè questo è ripiego ideale; chè molti potrebbero addursi esempi notori e palpabili di somigliante vero.

La endocardite reumatica vuol'essere in quanto a pronostico considerata novellamente sù la latitudine dell' obbiettiva clinica, nè molte parole occorreranno a dimostrarlo. Difatti, altro è se la endocardite reumatismale avvenne di assalto; altro se per diffusione; altro se per incentramento del principio morboso, coincidente al minorarsi o sopprimersi dell' artromiosite. Il primo caso è una potenza nociva valutabilissima che presenta

il suo pericolo in ragion diretta del grado della invasione. Questa debb' essere considerata sotto un duplice punto di vista in quanto a diffusione successiva. O che la si espanda eccentricamente sul viscere istesso, inducendo od una miocardite della stessa indole, o dallo interno velamento sieroso facendosi allo esterno, eccitando una pericardite; o che tocchi muscolo e membrane. In cosifatto avvenimento il pericolo è gravissimo, ed i relitti che si veggono sul cadavere, apertamente dimostrano in qual guisa si estinguesse la vita. Il muscolo difatti si trova allora rammollito, friabile e gemente sotto la pressione un siero sanguigno, il quale pure ritrovasi più o meno adunato nel pericardio.

Altra guisa di diffusione è quella per la quale il principio invadente i centri, minorisi cogli attacchi successivi de' muscoli e degli articoli; e quì la prognosi è decrescente. Il contrario di che, sarebbe allora quando dagli articoli o da muscoli facesse punta sul cuore. Debbe pure notarsi come dei due possibili attacchi irritativo-flogistici sulle sierose cardiache, il dolore e la irregolarità lumeggino meglio la pericardite, ed il palpito scuotente e diffuso, la endocardite. La qual cosa nello esordio non è sol valutabile in quanto a diagnosi, ma sibbene in quanto a pronostico, anche sotto il punto di vista di talun metodo curativo speditissimo nella flogosi esterna, ed infedele nella interna. Chè la prognosi in discorso non solo deve fondarsi sulla esatta notizia del modo e del grado della invasione, ma sibbene sulla efficacia dei mezzi che l' arte conta in suo favore.

Coesistendo però tuttora inespiato il processo, colle iatture organiche prodotte da esso, si rincara il pronostico secondo la diversità loro; e può darsi grave o mor-

tale, a tempo più o meno lungo: di che noi terremo parola singolarmente, allorquando sarà discorso delle stenosie e delle insufficienze.

La endocardite erpetica è di lento e lunghissimo corso. Se limitata non adduce che seri incommodi, ma non uccide. Se diffusa, acquista gravezza ed anche massima, alloraquando non abbia risparmiato l' aorta. Per se, non è capace di ledere organicamente forami e valvole cardiache; ma se dalle interne membrane si diffonda pel muscolo, prepara lesioni organiche su questo, e per lo più rammollisce e lo dilata. Può peraltro la endocardite di siffatta indole acutizzarsi, ed allora la diagnosi si farà grave a preferenza pure delle forme genuine, ed è facile argomentarne la ragione.

La endocardite dipendente dalla diatesi urica e fosfatica è lenta anch'essa nell'andamento, ma scommette l' ordito fisiologico delle valvole e de' canali cardiaci, portando così lesioni assai gravi che possono uccidere indipendentemente dalla ragion causale di questo attacco.

La sifilitica è gravissima se di forma ulcerosa; ove però abbia solo generato neoplasmi, questi non cessando di avversare il cuore nel suo funzionamento, schiudono un avvenire miserabile u'pazienti. Peraltro non giungono a produrre ateromasie ed inelasticità compiute sui tessuti che invadono, e quindi sotto il punto di vista del danno materiale, possono considerarsi meno delle podagriche e delle urolitiache e delle reumatiche istesse a corso lento.

La tifoide è per lo più mortale adducendo nel cuore la paralisi.

Il pronostico che debbe farsi dell'embolo e del trombo legato alla esistenza della endocardite, misurasi

1.° Dalla qualità del vaso ostrutto.
2.° Dalla possibile o non possibile compensazione di circolo.
3.° Dalle condizioni generali del soggetto, per cui possa o no verificarsi il rammollimento putrido e le conseguenti infezioni sanguigne.

Cura della endocardite.

§ XVIII. Laddove esistono molteplici differenze diagnostiche è mestieri intervengano relative differenze terapeutiche; cosicchè dopo quanto si discorse sin quì risulta a tutti evidentissimo, la cura della endocardite non potersi tracciare genericamente. Peraltro non è da supporre, che sopra una o più pagine vengano tutti contemplati gli avvenimenti possibili; ma sendochè la retta diagnosi sia per noi, la prima potenza del pratico, appunto perch'essa è la prima necessità della cura; intendiamo così che il criterio terapeutico rampolli spontaneo come una conseguenza legittima dalla premessa notizia essenziale e modale della infermità.

Avendo poi ridotto a tre forme cliniche i tipi della endocardite, su quelle torneremo ragionando della cura, e quindi avverrà che gli ectipi incontrati nella pratica, trovino anch'essi le basi curative.

La *forma flogistica genuina,* ammetterà senza riserve la cura de'salassi *coup sur coup* siccome ha buccinato il clinico della carità a Parigi? Nella pienezza della nostra convinzione risponderemo negativamente. Il più grave pericolo che ci possiamo fingere possibile nella endocardite, pel quale appunto si coonesta il salasso istituito e ripetuto, è quello della *plethora cordis,* per la quale gli ingorghi crescenti nella trama cardiaca, ed i capillari

oppressi e distesi sotto varie forme, dovendo subire nell'impeto de'moti muscolari, violente contratture e subiti rilasciamenti, corrano il rischio di una rottura: quindi lo estravaso, addurrà negl' interstizî del muscolo, o sotto le membrane, focolari emorragici, onde il danno della *apoplexia cordis.*

Ma noi abbiam detto esser questo il sinistro più grave che ci possiam fingere, appunto perchè risulta dalle notizie anatomo-patologiche, non essere intervenuto se non rarissimamente, pure in que'casi ove non si adottò la formola di Bouillaud, e pure in quelli dove dalle ricise azioni cardiache vennero insino divelti e laccrati i tendini valvolari. Però anche per esclusiva forza di logica, non potendo ammettersi come reale, ciò che stà solo nella sfera del possibile, e trovandosi tra quelli estremi il medio de' probabili, che ci esclude assai più di quello non c'includa il fatto di cui è parola, com' è dimostrato dalla esperienza; il timore di tanto disastro, va accettato con intelligente riserva - Per contro - cosa otteniamo noi salassando colpo sul colpo un infermo di endocardite? Consideriamolo senza ambagi nel vero senso pratico. Facciamo a un tratto che si assottigli di molto la resistenza idraulica del sangue contro la forza rapida e poderosa del cuore. E per questo ne diminuiremo la frequenza? No - anzi l'accresceremo! verranno fiaccati gli impeti cardiaci? Nò - verrà viemmaggiormente esagitato il muscolo, e ci si prepareranno due rischi supremi - il coagulo sanguigno e la sincope.

Tanta è la verità di cotesto asserto che io non indugio a confessare come ne' miei primordî tratto a rimorchio da quell'autorità francese e trovando assai deferenti al salasso alcuni tra più riputati pratici del pae-

se, io stesso seguì quel metodo animosamente e n'ebbi a vedere però quello che testè narrai, così che mi sarebbe lecito servirmi delle parole dell'immortale Baglivi « Experta dico, sancteque affirmo ».

Il salasso per questo è riprovevole? Nò: la esclusione di sì grande soccorso sarebbe difettosa quanto e forse più della pratica proposta da Bouillaud. Il salasso è necessario, ma l'uso debb'esserne temperato. Non si debbe nella flogosi non vedere che l' elemento idraulico onde essa risulta. Più assai del salasso abbiam noi poderosi mezzi per infrenare l' esorbitanze cardiache. Il nitrato di potassa largheggiato nella dose, l'acido prussico di Scheele, il tasso baccato, la digitale e la digitalina, e l' idrosolfato di ammoniaca ed altri mezzi adoperati o proposti da pratici espertissimi cui debbe aggiustarsi la fede, dopo il controllo delle proprie sperienze. Per me ho a preferire candidamente il nitro e il tasso baccato, e l'acido di Scheele.

Dunque più che minorare la massa sanguigna, infrenare i moti del cuore, ed ecco i mezzi potenti che l'arte conta in suo favore. Ma non basta. I sanguisugi locali quivi pure giovano meravigliosamente, e questi sì che si ponno ripetere con fidanza pel doppio loro modo di agire, sgorgando cioè le adiacenze cardiache, ciò che porterà vantaggio moltissimo al viscere; e stimolando la cute colle punture le quali presentano un modo di rivulsione. Chè i rivellenti debbono chiamarsi in sussidio e debbe loro confidarsi gran parte della cura, massimamente allora quando sia certo, la flogosi endocardiaca dipendere da una causa reumatismale o artritica. Indi il senapismo, il vescicatorio, le unzioni del croton ec.

L'azione esterna ed interna de'mercuriali nella gui-

sa in che la presentammo, parlando della pericardite, ha quivi pure il suo massimo luogo. I blandi diaforetici ed i diuretici possono convenire egregiamente, come pure l'uso de'purgativi abilmente consigliato, laddove gli altri apparati di eliminazione che debbono a preferenza riscuotere la fiducia, si veggano pertinacemente chiusi ed infruttuosi.

Nella forma emitica il punto saliente della cura stà su i temperati cardiaci e gli aplastici. Quivi peraltro i mercuriali vogliono essere adoperati cautamente, a quando a quando sottoponendo alla osservazione la qualità del sangue. Mi è avvenuto di vedere che sotto l'uso di essi il sangue si alteri a volte cosiffattamente, da perdere quasi tutt' i suoi caratteri fisici, rivelandone fin dallo esterno, la grave iattura chimico-vitale. Ho veduto quasi nullo il cruore, lento ed imperfetto il coagulo, diffluente e tremolo come una gelatina mal' elaborata, abbondare il siero ed esser tinto in rosso.

Con questa crasi sanguigna il malato è perduto quasi irreparabilmente. Indi è interessantissimo ricordare quella storia di endocardite-emite che sopra descrissi, e temere com'esito fatale addotto e dalla natura del processo morboso, e dall'azione del rimedio quel fatto che potrebbe graficamente descriversi col nome di *resolutio sanguinis*.

Nell'endocarditidi a forma genuina flogistica chi si proponesse co'mezzi dell'arte ricondurre il cuore subitamente alla norma, si proporrebbe un impossibile; e debb'essere persuaso che nello stante in cui crede combattere operosamente la malattia, prepara invece il maggiore de'danni al suo infermo. Dalla endocardite rimane superstite un lungo periodo di subirritazione - guai a chi si argomentasse incalzarlo con attivi metodi depri-

menti - Il riposo, la dieta, la pozione refrigerante continua, la tranquillità morale, la remozione di ogni stimolo, di ogni atto faticoso per lungo e lungo tempo, coroneranno il successo di una grave infermità e di una lunga e spinosa convalescenza.

Pur essi i fenomeni endocarditici possono scorgersi subordinati ad un fondo periodico ed occorrere soli o congiunti ad altre spasmodie. Fra parecchi casi che tengo annoverati narrerò sol quello che vidi testè. Un giovine signore di salute abbastanza florida, ma delicatissimo, sotto lo evidente predominio del sistema sanguigno e nervoso, abbandonatosi ad eccessivo moto, alla danza, alla ginnastica, e non sobrio nel vino quanto la sua tempra organica esiggeva, cominciò a soffrire una palpitazione fastidiosa. Ascoltato nel cuore, rilevavasi un impulso notevolmente accresciuto, un leggiero soffio diastolico e qualche irregolarità fugace. Misurato accuratamente il viscere trovavasi ne'suoi rapporti fisiologici. Alcuni sedativi e rigorosi precetti furono le prime pratiche mediche. Quando un giorno sono chiamato a visitarlo e trovo il cuore in tumulto - balza scuotendo il petto con molta rapidità ed alquanto irregolarmente. Il volto è di color rosso acceso, le carotidi vibrano con energia, non ha calore febbrile, sente dolore al capo - accusa di veder rossa la fiamma di una candela - ed ha un'ambascia ch' egli non sa descrivere, lamentando le sofferenze del cuore. Lo indimani alla mattina calma di tutt'i sintomi che non sono però dileguati. Nelle ore meridiane, senz' alcun ribrezzo, tutte le sofferenze raddoppiano e si aggiunge tale dolor di capo che lo costringe a lamenti non interrotti. - Narra di sentirsi entro la testa delle sensazioni di stringimenti e di ampliamento,

e gli pare combinino cogli urti del cuore - Intolleranza di luce, di qualunque suono o rumore, e piange ed implora subiti soccorsi, parendogli doverne morire - il vomito e qualche urto di tosse che lo mettono quasi alla disperazione per le riscosse del capo - si praticano sanguisugi locali, si apre la vena del piede. - Nelle ore alte della notte torna la tregua - Amministrazione del preparato - All'ora solita però del dì vegnente ecco un accesso preceduto da freddo, d'intensità assai minore al paragone, ma tutti ridestando i sintomi - Sembrò a taluno che le scariche alvine ottenute da'clisteri ond'erasi sollecitato il ventre, avessero d'incauto attutito lo spasmo, e lo infermo istesso era in questa idea, e la palesava con pieno convincimento. Tentavano così di persuadermi all'uso de'purganti, de'quali già n'erano stati amministrati due nel primo apparire del male ed innanzi le sottrazioni sanguigne. Espressi allora francamente il mio parere dicendo, il purgante non avrebbe non solo allontanato, ma per di più aggravato i parosismi - quindi a dimostrare ai volgari giudici della medicina e de'medici, la verità intera, permisi l'olio di ricini non una, ma due volte, appunto perchè fosse più certo che l'azione purgativa non avrebbe liberato lo infermo, nemmeno sotto la veduta di una revulsione. Ma torna impetuosamente il male, e La luce è fatta per tutti. Bevande largamente nitrate, senapismi a'piedi - Valerianato di chinina compirono la cura.

Il cuore si rese placido - sparve il soffio e la irregolarità, e tutti i fenomeni endocarditici. Basterà questo racconto a tenere i pratici sullo avviso.

Nell'endocarditidi reumatiche l'arte si volge eziandio a riparare per quanto è possibile alle insufficienze,

ed a restringimenti che accadano nell' acuzie del processo. Quelle, non potendo occorrere se non se pei corrugamenti flogistici dell'espansioni fibro-tendinee, e questi, avvenendo per essudati sopra-valvolari od enchimatosi, trovano entrambi una cura medesima nell'uso dei mercuriali, sopra tutto uniti ai sedativi del cuore; e negli epispastici singolarmente applicati sulla regione cardiaca, spalmata poi di unguento napoletano congiunto anch'esso all'opio od alla belladonna, ovvero allo estratto della digitale - I rumori endocarditici provenienti da siffatta origine, sebbene non snbitamente così come i pericarditici, pur tuttavolta si odono smettere dalle loro tonalità dietro questa cura metodicamente istituita e continuata.

Gli effetti congestivi remoti, cui può dar nascimento siffatta infiammazione in questo o quel viscere, ma sopra tutti nel polmone e nel cervello, rientrano nella generica cura delle attive iperemie, graduata secondo la entità del caso e le speciali condizioni del soggetto.

Allora che un attacco endocarditico tenga ad esantemi acuti respinti, o coesista con essi, ogni ragione vuole che del metodo antiflogistico, o meglio delle sanguigne generali, debba parlarsene con estrema restrizione. Quanto potrebbe farsi, debb'essere tutto subordinato alla qualità della febbre eruttiva. Nel vaiuolo, come quello che seco porta evidentemente un lavorio piogenico, ed investe per conseguenza le parti del sangue per eccellenza plastiche, oltre le cure minorative e revulsive locali commendabili sempre, può tornare utilissimo l'uso de'preparati di mercurio, le tisane temperanti e diaforetiche, i noti calmanti del cuore e gli epispastici.

Nella endocardite da morbillo può essere opportu-

no, anzi necessario il salasso, di cui sempre debbe raccomandarsi la parsimonia. Quivi pure i temperanti del cuore, ed il nitrato di potassa sù tutti, perch' esercita inoltre un' azione sicura sulla pelle e sul rene. Di esso, purchè abbiavi tolleranza nello stomaco, può amministrarsi una dose alquanto generosa.

Egualmente può dirsi se lo incentramento, o la mancante eccentrizzazione, o la scarsezza di essa, tengano alla scarlattina. Questi casi non si verificano quotidianamente, ma nelle influenze non sono rari. Testè occorrevane uno luminosissimo presso una distinta signora egregiamente diretta nella cura dal Professor Francesco Scalzi per la quale si teneva un consulto co'sigg. Viale, Taussig, Galli, e con me, e la storia n' è così interessante per le sue vicende, che sarebbe a desiderarsene la pubblicazione.

Quando muova la endocardite da preesistente diatesi nell' organismo, egli è fatto notissimo che oltre la cura antiflogistica o minorativa cui reclama il grado della condizione patologica, giovino le indicazioni terapeutiche atte a debellare i singoli fattori morbosi. Ed avendo parlato specialmente della endocardite erpetica, forma tra noi comunissima a rinvenirsi massimamente su quelli che si veggono travagliati per talune bronchiti capillari lente e pertinaci coll' asma per sintoma, da siffatto momento etiologico provocate; diremo un nonnulla intorno le pratiche curative che ci sembrano, a preferenza delle altre ben intese allo scopo.

Seguite indarno talune tradizionali pratiche nello esordio della nostra carriera medica, ci demmo con ogni studio all' analisi dei mezzi valevoli a vincere i penosi attacchi dell' erpete incentrato, tanto più, quanto

meglio ne sentivamo una necessità personale. Perocchè derivati ancor noi di parenti erpetici, travagliati a volta loro da tante forme diverse di sofferenze, eravamo sul fiore degli anni costretti a lamentarne assai spesso per una molestissima sensazione di peso al cuore, e dolore diffuso pe'nervi di Wrisberg.

In simili casi abbiamo trovato adunque inutili i calmanti tutti. Che anzi quelli ne'quali riponiamo la fiducia maggiore, trattandosi d'intemperanza di circolo, riuscivano in noi, e sugli altri capaci a destare un senso di mancamento, il quale era a dir vero singolare. Difatti abbiamo veduto in altri, ed esperimentato in noi, il bisogno di profonde e ripetute ispirazioni, quasi che il rapporto pneumo-idraulico del respiro e del circolo, venisse a mancarne. Raffreddarsi intanto la fronte e le mani, impallidirsi il volto, abbassarsi e rarefarsi la diastole cardiaca e la radiale, ed essere costretti senza interni fastidi definibili, senza capo-giri, o sirigmi, od allucinazioni de'sensi, ricorrere a qualche spediente che ne francasse da quelle molestie indefinibili. Riuscivano ottimamente in simili congiunture tisane eccitanti, o vino generoso, e qualche brevissimo ma caldo bagno all'estremità.

Trovammo alla evidenza che la prescrizione degli antacidi sia fruttuosa. Difatti, conduce potentemente l' uso quotidiano nelle ore prime del mattino, di tenue dose di ossido puro di Magnesio; perchè ne abbiamo sempre consigliato la continuazione in quanti vedemmo soffrire al par di noi, e con vantaggi notevoli. Ma questo mezzo se vale ad attenuare una fonte e forse la primigenia individuale dell' erpetismo, riesce essa sola assai minore della esigenza, negli attacchi profondi di cui è parola.

Niuna virtù dessi concedere ai derivativi esclusivamente adoperati, e nel primo periodo, tranne il sollievo del momento pagato a caro prezzo dalle noie della cantaride o dell'olio di Croton ec.

Il farmaco che noi potremmo dire elettivo, e quello onde abbiamo tratto i più lusinghieri vantaggi, è stato il solfuro di Mercurio unito collo estratto di Belladonna. Proporzionato cautamente nella prima somministrazione, può venir largheggiato in seguito di tempo, sempre calcolandone la tolleranza.

Abbiamo sperimentato assai proficuo l'uso degli ioduri entro una decozione idonea, quale potrebb'essere al caso la dulcamara, e specialmente la iacea officinale.

Lo applicar epispastici volanti alla regione cardiaca, dopo qualche tempo da che usavasi al metodo interno surriferito, e frizionarla in seguito coll' unguento mercuriale unito all' opio ed alla belladonna, fu pratica feracissima di buoni risultati. Vinta la località, o minorato grandemente lo attacco lento irritativo flogistico, la cura residua debbe credersi a' bagni solfureo-termali, proporzionandone il grado e la durata alle singolari condizioni dello infermo. La quale terapia finale, ove fosse impiegata o sull'esordio dell'infermità, o senz'altra cura preventiva, oltrechè riuscirebbe quasi inefficace, sarebbe poi temibile per i danni del cuore.

Non dobbiamo però dissimularci le frequenti circostanze che possono esiggere modificati i metodi curativi, e come debba esser pronto il clinico a calcolarle.

Nelle endocarditi tifoidee se potremo talvolta lodarci di una cura antiflogistica esterna e parziale, abbandoneremo di fatto gli antiplastici, ricorrendo alle tisane

acidule, ed agli eccitanti, di cui solo è a raccomandarsi il giudizio di convenienza e quello del grado.

Salgues, professore di clinica interna alla scuola preparatoria di Diion, ha segnalato la virtù terapeutica dell'acetato di piombo nell'endocarditi croniche e nelle irritazioni spinali. Espone che amministrato il rimedio da 10 a 40 ed anche 50 centigrammi parve apportasse ogni volta un pronunziato rilasciamento del polso, ed in una parola la scomparsa de' sintomi cardiaci e spinali. Noi non abbiamo sperienza alcuna di siffatta pratica.

Oltre tutto ciò che dicemmo, debbesi quì ripetere, che quando volgano le cose talmente seconde da lasciar libero di ogn'imperfezione il paziente, non è per ciò che non duri per lunga pezza uno stato eccezionale cardiaco. Indi il facile palpitare, i pronti disordini del metro circolatorio alla minore delle cause, un' affettibilità soverchia alle vicende atmosferiche, e su tutto al freddo umido; cosicchè emergane fuori ogni dubbiezza una proclività alla recidiva. Le cautele da seguirsi in cotesta congiuntura, non si direbbero giammai soverchie. Riesce efficacissimo vestire lo infermo di lane, e quando la endocardite fu coincidente alla miosite od artrite reumatica, schermire arti ed articoli colla istessa cautela. Gioveranno nelle opportune stagioni, le cure dolcificanti diuretiche e diaforetiche, noto essendo quale alto vincolo di relazione astringa i reumatismi e le artritidi colle affezioni litiache ed asmatiche. Già lo Ippocrate romano avealo classicamente avvertito colle memorande parole « asthmata disuriae et artritides ad invicem mutantur. » [1] La chimica patologica ha vivamente confermato

[1] Baglivi op. omn. Prax. Med. lib. I

lo asserto. Torneranno opportunissimi nella state i bagni acidulo-salini termali, epperò tra noi godono meritata fama le apollinari in Vicarello.

§ XX. Dovemmo congiungere sotto questo vocabolo, avvegnachè da cause diversissime eccitata, ogni condizione abnorme dello endocardio per lesa vitalità, rivelantesi allo ascoltatore con segnalati caratteri solo modalmente variabili, ed all' anatomo-patologo con relitti di grado e di natura diversi. Avremo dunque allargato il campo della endocardite più assai di quello non fece Bouillaud, e per conseguenza meritate più di lui le critiche che si son fatte? Questo giudizio lo lasciamo liberissimo a' medici pratici. Bouillaud a nostro avviso concentrando soverchiamente lo elemento etiologico trovò contrari moltissimi, perchè annunziò una ingente quantità d'endocarditi pel solo fattore reumatico. Noi abbiamo passato in rivista assai più cagioni, che valgono ad indurre la malattia in discorso. Se non che doppia ricerca è a farsi nelle forme meno solenni, ed in quelle che meritano il titolo d'irritative, cioè; il rapporto della esistenza loro colle condizioni generali del soggetto, e la durata. Queste indagini riescono a limitare di molto il numero delle vere endocarditi. Avvertenze cliniche intorno la Endocardite

Osserviamolo per esempî. Negl'individui tocchi del reumatismo, il sangue è sicuramente alterato nella sua crasi fisiologica, siccome oltre i lavori ematopatologici di Andral, è dimostro dalla quotidiana sperienza. Cotesta alterazione dovrà sulle vie del circolo riuscire a stimolo più che normale e seguirne una perturbazione. Però tra dessa e la flogosi intercorre larga distanza. E primieramente svolgendosi l'affezione reumatica, saranno mancati a noi i sintomi qualificativi della endocar-

dite della quale saremo stati sempre in sospetto, trattandosi di tal fatto morboso, che assai frequentemente si fa cagione di quella flogosi. Vedremo in secondo luogo sintomi tali di alterato funzionamento cardiaco, continuarsi al di là dell' affezione primaria, cui non potremmo aggiustare la fede se non in quanto ad un semplice perturbamento. Per esempio: frequenza de'palpiti, tremito cardiaco, o movimenti oscillanti; così almeno ci sembra poter tradurre a parole la speciale impressione da noi ricevuta ascoltando simili infermi; ovveramente sbalzi cardiaci che vengono e si dileguano, senza manifesta ragione; oppure riscosse più o men durevoli con forza e frequenza de'moti viscerali indotte da cause appena valutabili: ma non soffi, ma non palpitazioni scuotenti balzanti continue, non risalto de' contingenti valvolari, non raddoppiamenti, non grave disproporzione co'polsi, non fenomeni congestivi che si verifichino negli enchimi viscerali, non insomma quanto costituisce la piena de' sintomi endocarditici. Ebbene, chi è che non vegga siccome i citati fenomeni non possano favellarci più inoltre che uno stato abnorme per inconsueto stimolo, fugace ed indeterminato fino nelle sue espressioni sintomatiche? Certo che nessuno si farebbe condurre da questo filo alla diagnosi della endocardite, nessuno dei pratici sobrî e veggenti accetterebbe cotesti casi in una statistica clinica dell'affezione di cui ragionammo.

Nè questa abnorme sensibilità cardiaca la ritroviamo soltanto nelle forme morbose prodotte dal reuma, ma in tutti que' morbi che valgono ad indurre non più che una condizione di stimolo nel fluido riparatore.

La endocardite isolata non rinviensi quasi mai. Essa è per lo più un contingente di una forma complessa,

sebbene non rare volte la si vegga spinta tant' oltre da arrogarsi il primato come entità patologica. Occorre frequentissima nella pericardite, e può essere o successione, o prodromo di questa: il qual fatto già notato da clinici espertissimi fu da noi pure con frequenti esempî rinvenuto nella pratica. La si vide congiunta alla miocardite, alla bronchite, alla pneumonite, alla pleurite. È appunto per ciò che non raramente s'intenebra, ma non così da non lasciarsi colpire da una sagace inquisizione diagnostica. Non v'ha dubbio alcuno però che non possa essere se non l'ascoltatore quegli che valga ad uscir d'imbarazzo. Ben ardua sarebbe la dimostrazione elinica della flogosi dell'endocardio sotto la imponenza de'sintomi pericarditici; tuttavia se v'ha modo, ci confidiamo che debba trovarsi confrontando accuratamente le due forme obiettive che noi descrivemmo.

E poichè venimmo considerando taluna delle guise onde può sfuggirne la diagnosi esatta, non vorremo quivi pure non ripetere come le flogosi ordite nel centro circolatorio, possano talune volte riuscire latenti, e però non avvisarsi per la mancanza o tenuità de' segni stetoscopici; quando soprattutto intervengano con una forma adinamica grave. O che in taluni individui predomini sugli altri il sistema nervoso, e questo fiaccandosi nell'aggressione flogistica per una condizione semiparalitica, tolga la violenza ai moti, la frequenza al numero, il risalto alla sonoreità di taluni atti cardiaci; o che veracemente tra i fattori della flogosi campeggi la neurite parziale colle sue conseguenze; o che diversa sembianza accompagni la profondità diversa di un assalto inflammatorio; è fatto sicuro, che noi troviamo così nella pratica, come registrato fedelmente sù i libri, lo abbuiarsi di cotesta condizione patologica.

La endocardite debbe preoccuparci vivamente come quella che sia capace di preparare agl' infermi lesioni organiche mortali spesso, e gravi sempre. Difatti, lesa la canalizzazione cardiaca e sopraggiunta una disproporzione tra il fluido circolante e gli atrî, tra questi e i varchi, sono pronte a conseguitarne l'ectasie o con infralimento o con ipertrofia del muscolo. È dunque dalla endocardite che può muovere il seguente discorso.

Il vizio organico, così volgarmente detto, se non giunga in realtà alla frequenza che segnalava Corvisart, è però di poco inferiore. Ci dimostra la quotidiana esperienza, che se purtroppo sia indubitabile il fatto delle cardiopatie organiche da retaggio, è tuttavia più frequente assai l' osservarle alla guisa di un morbo avventizio. Lo che giudichiamo agevolmente, tanto da ciò che i parenti tocchi non le trasmisero, quanto dal vederne colpiti i figliuoli di genitori incolumi. Quanti esempî ci soccorrerebbero opportuni, se credessimo spediente di dimostrare un asserto che s' incontra luminosissimo in ogni dì, dalla pratica.

A generare l'endocarditi ci può tanto la qualità di una stagione, che ben varrebbe la pena farne uno studio di rapporto. E senza parlare de' reumatismi e delle artritidi od anche solo delle febbri reumatiche, nel predominio delle affezioni catarrali, delle angine sierose, degli acuti esantemi, è fatto ovvio rinvenir casi di cotesta flogosi. Qual mai largo campo non si schiuderebbe alla meditazione de'pratici da siffatta avvertenza?

La endocardite è una di quelle infermità il cui studio debb'essere a dì nostri eminentemente pratico. Raccolte genericamente le notizie necessarie intorno l'esistenza, i modi di questa, le rivelazioni sintomatiche,

occorrerebbe che l'alunno di medicina ne incominciasse quasi da se lo studio coscenzioso al letto degl'infermi. Allora sarebb' egli scevro di quelle tante e così diverse prevenzioni che si acquistano leggendo e studiando a lungo sù i diversi scrittori, e che finiscono per tiranneggiarne la mente. Lo provi uno sguardo rapido e superficiale. Aprendo il volume di Stokes [1] troverebbe in sommario « che non esiste segno patognomonico della docardite »: gittando lo sguardo sullo scritto di Munk [2] leggerebbe invece « che la diagnosi non include alcuna difficoltà, che la malattia è una forma frequente. Sull'opera di Bouillaud [3] rimarrà colpito dalla legge di coincidenza: su quella di Hope [4] e di altri molti, cercherà invano la dimostrazione delle forme lente. Dopo il trattato della endocardite, leggerà sul libro di Pigeaux [5] un disutile capitolo intorno il coloramento rosso della membrana interna del cuore, considerata come speciale entità patologica.

E senza più oltre procedere nell'analisi, rinverrebbe insomma sui diversi scrittori, che si nega da alcuni ciò che da altri è concesso; o troverebbe un vero esposto colle frasi del dubbio, od una ipotesi colorata colle tinte del vero, ed una contradizione forse nella stessa pagina, e da tutto questo che ricaverebb' egli se non la confusione o lo sconforto?

Sicuri adunque che torni meglio studiare da se, di quello che ricevere la imbeccata da chichessia, volemmo tutto osservato co'nostri occhi prima di credere e riferire altrui; ed abbiamo in tal guisa acquistato il convincimento pratico, che la endocardite intesa generica-

[1] Op. cit. - [2] The lancet 1840 - [3] Op. cit - [4] id. - [5] id.

mente come condizione morbosa per esaltamento vitale delle sierose interne del cuore, più o men protervo nella durata, più o meno limpido nella rivelazione sintomatica, muova da molte cause, proceda con differenti andamenti, induca diverse lesioni, e sia nella forma lenta più frequente ancora che nella forma acuta.

Di più: che non solo succedano ad essa i vizi di orificî e valvole per insufficienza o stenosia; non solo ne conseguano le ipertrofie del tessuto muscolare; ma pure le atrofie ed i rammollimenti a seconda della diversa etiogenesi.

MIOCARDITE

§ I. Quando la cardite era vocabolo complessivo, e comprendevansi in esso le flogosi membranacee e l'enchimatose, ognun vede perchè, sù questo vocabolo, assai largo stadio a percorrere si aprisse a'clinici ed agli anatomopatologi. Ma oggi che si avanzò di tanto nella diagnosi differenziale, la cardite o miocardite vuole a se consacrata una breve pagina, intesa a dilucidare la infiammazione puramente muscolosa dell'organo principe del circolo, e contradistinguerla dalle flogosi affini della interna ed esterna membrana. Cenni storici.

Però non è a credersi che tutto il lavoro sia stato compiuto da'recentissimi, che anzi fino nelle opere d'Ippocrate se ne trova sentore « Quod si totus pulmo una cum corde inflammetur.... resolvitur totus aeger jacetque frigidus et sensus expers, moritur autem secundum aut tertium diem agens ». Da'quali sintomi potrebbe argomentarsi parlasse della infiammazione muscolare. Ma poichè ci sembri inutil pompa di erudizione rovistare nelle opere de'Padri antichissimi, dalle quali per consenso universale non trarrebbersi che barlumi, arrestiamoci a Kreysig. Questi accenna in Riverio colui che dettò il primo una istoria anatomo-patologica anche precisa della infiammazione muscolare. Da quella istoria si rileva

come il cuore fosse stato per la flogosi talmente consunto in un lavorìo suppuratorio, che *le masse fibrose delle orecchiette erano rimaste isolate*, la qual cosa può ben condonarsi alle dottrine anatomiche di quel tempo (1770). Dopo Riverio notarono questo fatto Kerking ed altri, sebbene un pò più confusamente. A Mekel (1756) si debbe più che ad ogni altro, l'accuratezza descrittiva. Toltone il pus, comentato da Kreysig per linfa plastica, vide la superficie del cuore *rossa infiammata, corrosa e spogliata della sua membrana esterna.*

« Ancora più circostanziato, soggiunge Kreysig, è « il decimo caso da questo autore rammentato, e che « qual norma penso di comunicare quì per esteso. Ri« sguarda questo un uomo di 50 anni e di robusta co« stituzione di corpo. Nella sezione del cadavere si rin« vennero nel pericardio 3 libbre di pus bianco e flui« do; la interna superficie di questo sacco coperta da « uno strato di materia somigliante al pus, viscida e « bianca e quasi membranosa ; dalla sua base fino al « punto in cui si attacca al diaframma era tutto pre« so da infiammazione; le fibre della superficie ester« na erano bianche, lucide, di spessore e robustezza mag« giore che in istato naturale, ed avevano una mezza li« nea di densità; negl' interstizî di queste fibre osser« vavansi i piccoli vasi disposti a foggia di una rete e « turgidi di sangue, terminavano nella superficie inter« na e sembravano come iniettati; l' adipe, da cui il « cuore era esternamente coperto e circondato, era dello « spessore di 7 sino ad 8 linee, molto consistente e ver« so le grosse arterie quasi scirroso. Anche il cuore era « coperto da uno strato di materia purulenta viscida « senza odore, dello spessore di 4 linee, sotto di questa

« vi era un secondo strato, il qual era fortemente ade-
« rente alla sostanza del cuore e dei vasi; lo spessore
« di questa materia era maggiore verso i grossi vasi, alla
« base, ed all' apice del cuore non aveva che la densità
« di 4 linee, ed era assai forte. Sotto a questo secondo
« strato osservavansi in varî luoghi i fascetti muscolari
« che si presentavano a nudo; in questi punti la super-
« ficie del cuore era ineguale e scabra, e mancava la
« membrana esterna. La materia purulenta era pene-
« trata fra gl' interstizî delle fibre muscolari, e questi
« erano bianchi a cagione del pus contenuto nella cel-
« lulare. Alla base del cuore, e nel corso de' vasi coro-
« narî, ed all'apice di esso eravi l' adipe nudo, reso
« estremamente rosso dai vasi infiammati, ciò che osser-
« vavasi maggiormente all' apice del cuore, ed al gran
« bordo acuto di esso. Nel luogo ove l'arteria coronaria
« esce dal ventricolo, eravi una callosità che circondava
« quest' arteria assieme alla sua membrana muscolare.
« Questa sostanza cellulare era a contatto con il pus ed
« aveva lo spessore e la lunghezza di un pollice, ed un
« cerchio rosso allo intorno di essa. Le orecchiette pure
« erano spalmate da una grande quantità di pus viscido
« ed i vasi infiammati apparvero molto rossi principal-
« mente nella parte destra, quando all' opposto la orec-
« chietta sinistra era più floscia e pallida. I tronchi
« de'vasi coronarî erano vuoti, e le più piccole dirama-
« zioni soltanto che si disperdevano all' adipe erano
« zeppi di sangue. Il ventricolo sinistro non era nello
« interno infiammato, le sue fibre muscolari erano più
« pallide piuttosto del naturale, ed anche la cavità di
« questo ventricolo era naturale e conteneva piccola
« quantità di sangue. Le valvole dell' orificio venoso

« erano assai rigonfie a cagione di un coagulo di sangue
« denso che riempiva l' orecchietta sinistra. Il ventri-
« colo destro e l'orecchietta di questo lato contenevano
« una sanguigna concrezione poliposa, la qual' crasi in-
« sinuata in tutti gl' intervalli delle fibre muscolari e
« sino nell' arteria polmonale, avendo riempito più di
« due terzi della sua dimensione naturale. Siffatto coa-
« gulo sanguigno era assai compatto, ed il suo centro
« veniva formato nel ventricolo da un corpo bianco si-
« mile ad una porzione di cellulare condensata da delle
« fibre muscolari rese bianche col continuo lavarle nel-
« l'acqua e si estendeva sino all'orecchietta destra. Ma
« nell'arteria polmonale all'opposto, il coagulo rosso era
« circondato da una somigliante materia bianca [1].

Non havvi studioso di simili materie che non ravvisi in codesta istoria quanto chiaramente il classico autore parlasse delle contingenze miocarditiche. Da quella epoca in poi la cosa andò co' giorni rischiarandosi, cotalchè possiam dire, oggi ne abbiamo una notizia compiuta. Molti Italiani pure debbono figurare nel novero di quelli che cooperarono ad illustrare siffatto argomento, ed ogni ragion vuole ne godano la meritata fama, cui tanto facilmente sanno dimenticar gli stranieri, Pietro Salio Diverso, Benivieni, Niccola Massa, Cornelio Gemma e poi Morgagni ed Antonio Testa che al capo IV della sua opera ne parlò diffusamente, e con quel fino discernimento ch'era tutto suo. Hanno infine un distinto capitolo sulla vera cardite Corvisart, Laennec, Bouillaud, Hope, Stokes, e tutti i recenti.

L'anatomia micrografica ci additò sul cuore una se-

[1] Traduzione dal tedesco del Dott. Giuseppe Bollarini

rie di fibre muscolari rosse, le quali appaiono trasversalmente striate. Però più assai delle trasverse emergono le strie longitudinali e quinci le fibrille ed i piccoli frammenti. Invaginate da una guaina, cui si fece il nome di sarcolemma, è questa sottile così da non essere raggiunta se non se dalle lenti, dopo le azioni chimiche. Vi si notano delle granulazioni grassose che si dispongono in serie lunghesso la fibra, e le si veggono picciole e nucleate. Tutto cotesto insieme si raggruppa intimamente per costituire il tessuto normale cardiaco.

§ II. Quando rimanga colpita d'infiammazione la trama anzidetta, egli è naturale, che i getti plastici intervengano negl' interstizî e subiscano vicende e prendano forme diverse, secondo che più o meno presentino la tendenza alla coesione granulare. Nella flogosi del muscolo, caratteri salienti esterni sono il colore e la consistenza del tessuto. In quanto al primo, esso può apparirci assai differente ne' varî gradi e nelle varie scaturigini del processo; un tipo lo si potrebbe fissare nel *rosso-giallognolo*. Del resto ove ci facciamo a riflettere qual serie e quanta di essudamenti possa aver luogo, e come questi sentano più o meno e della fibrina, e dell'albumina, e del pus, e del siero, e del sangue, ci renderemo facilmente ragione dei modi o differenze di colorito. Il succedersi delle vicende flogistiche, altera eziandio la densità muscolare, che può giungere talora fino al punto che impropriamente dissero gli anatomo-patologi trasformazione fibrosa. E pare infatti che una certa quantità di tessuto fibroso si addimostri intermisto al muscolare e lo rassodi. Ciò peraltro avviene meglio parzialmente sul cuore, come parzialmente avvengono tutte le profonde elaborazioni mor-

Processo anatomo-patologico.

bose: lo che si conforta e delle osservazioni cliniche raccolte, e delle anatomo-patologiche, e de'loro confronti; rendendoci accettabile quel giudizio che, in somigliante congiuntura, ebbe Stokes pronunziato così: la paralisi del cuore sembra precedere la sua disorganizzazione. Di tal guisa una flogosi enchimatosa che tutto investisse il muscolo, prima di estinguere la vita, non avrebbe mestieri lasciare alle considerazioni dello anatomico la più grande solennità de' relitti. Fra gli elementi del tessuto normale segnalammo le granulazioni adipose. Potendo esse aumentare, come avviene di fatti, sotto l' influsso del processo flemmasico, un esito contemplabile della mio-cardite può essere anche la cardiopiosi. Della quale condizione morbosa obbligati noi a tener parola singolarmente, come portano le odierne esigenze scientifiche, daremo in seguito la descrizione anatomica.

Ma se in ultim'analisi gli elementi generati dalla infiammazione riducansi al siero, a' granuli fibrinoidi, e alle cellule del pus, dovremo da questi aspettarci le più salienti reliquie anatomiche. Il pus come la più alta elaborazione flogistica, può trovarsi infiltrato o raccolto; quando esista infiltrato, ed allora appunto osserveremo d'intorno ad esso le distruzioni organiche delle fibre e de'sarcolemmi; e quando raccolto, allora lo si vedrebbe in cavità più o meno ragguardevoli, circondato di tessuto carneo per lo più rammollito e povero, e talvolta encistico.

Di tutte codeste sembianze hannovi esempi luminosissimi. Racconta Laennec di aver scontrato sul cuore un ascesso che poteva comprendere nella sua cavità un' avellana.

Raccolto il pus in ascessi, questi possono pian piano

logorare i tessuti continenti e sgorgare quindi il fluido o direttamente nelle vie del circolo, o per entro al pericardio. Noi trovammo un esempio di questo ultimo fatto sezionando un cadavere nel 1856; ivi l' apertura era stata fatta ben lungi dalla raccolta, ed il sinuoso andamento tenuto dal morboso prodotto, faceva sì, che tra fibra e fibra cardiaca apparisse un seno tortuosissimo, il quale pescava finalmente nel mezzo dell'ascesso. Cotesti sfibramenti muscolari, e cotesti seni fino a minacciare la rottura dello endocardio, ci sono guida a spiegare talora il formarsi di parziali aneurismi intracardiaci, che possono suppurare essi stessi. Allora la ciste, il coagulo, il pus, gl'infiltramenti, il seno, la forma globosa acquistata da un ventricolo, la compressione della cavità normale, l'alterazione del tipo conoide.

Lebert conclude da suoi lunghi studî così: Potrebbe la forma della cardite riassumersi in due. Stenica l'una, cui dà principio lo *edema acuto*, e termine lo *induramento* del muscolo. L' altra, più rimessa o mite, nella quale può aversi e la *cardiopiosi*, ed il *fomite purulento*, ed il *lavorìo ulceroso*, da che talora la rottura, ed infine la gangrena. Questo particolareggiare soverchio riferito nettamente a gradi, per quantunque riveli uno sforzo di accuratezza analitica, pure non potrà mai entrare negli animi di quelli che ricevono le cose con critica, senza far loro provare certa naturale diffidenza. Perchè noi, senz'ammettere, e senza negare questi due gruppi precipui, ci terremo satisfatti alla candida descrizione dei trovati necroscopici.

Succedono a siffatto dottrinale, ed i gradi ed i modi degli esoplasmi interstiziali. Questi avvenendo sul viscere vi arrecano un contingente atto ad indurirne la

trama e farla sempre meno arrendevole. Tra le fibre muscolari si avvisano strie bianche fibroidi più o meno consistenti, che possono giungere talora a raccogliersi in ispazi determinati, ed erompere anche tal altra sotto lo aspetto di tumori bianchi, disuguali, sferoidi, laciniati come fece osservare Bochdalek. A proposito degl' induramenti fibrosi, merita attenzione l'esempio riferitoci da Corvisart e Laennec di un induramento corneo. Broussais pur esso cita un caso analogo. La gangrena cardiaca è tuttora quistionata, e sonovi delle possibili illusioni. Anche l'apoplessia del cuore oltre un processo putrefattivo, potrebbe in qualche circostanza mentirla.

Che dire del rammollimento cardiaco? Si parrebbe a tutte prime che questo esito dovesse essere rigettato dal novero de' flogistici. Difatti taluni tra gli esimi scrittori di Notomia patologica lo tacciono decisamente. Noi quì pensiamo che se la flogosi genuina non arrechi per lo più siffatta lesione, può questa veramente essere indotta da infiammazione specifica o diatesica che voglia dirsi. E qui senza ricorrere alla tifoidea, potremmo accennare due esempî chiarissimi occorsici, ne' quali eravi la origine artritica; ed un altro in cui si avvisava la erpetica. Debbe adunque riceversi il fatto, e sotto certe condizioni ammettere francamente, che havvi caso flogistico il cui esito può essere nel rammollimento acuto del cuore. Lo stesso va pensato intorno le ulceri che non infrequenti rinvennersi sul muscolo. Costituiranno esse un'orma di processo flogistico specializzato per etiogenesi. Oltre i recenti scrittori, Boneto, Morgagni e Senac ne adducono esempî.

A conferma di quanto avanzammo, tornano le osservazioni di G. Andral, che riescono assai importanti

anche sotto il punto di vista etiologico. Dic' egli: noi avemmo la opportunità di esaminare una donna, fra le altre, la quale sulle valvole aortiche aveva un tumore fungoideo, simile, per la sua disposizione a foggia granulare, a certe vegetazioni sifilitiche dei contorni dell'ano, indicati colla denominazione di *Framboesiae*. In questa stessa donna, molti lacerti carnei del ventricolo sinistro erano sparsi di piccole ulceri rotonde, dal cui fondo scorgevasi la sostanza carnea rossa e rammollita. Se in questo caso lo ammollimento era notato solamente al fondo dell' ulcera in altro individuo, quest' alterazione estendeasi più profondamente, cioè interessava tutto lo spessore della parete, nello spazio però soltanto della ulcerazione della membrana interna. Lo ammollimento in una di queste persone era tale, che, premendo leggermente col dito, si trapassava la parete del cuore da una parte all' altra.

Ma se taluni scrittori di notomia patologica non accennano, siccome dicemmo, il rammollimento del cuore qual' effetto di processo flogistico, non possiam qui tacere che non si ha forse tra clinici uno solo che non lo ammetta. Bouillaud ne descrive anzi le differenze o tipi così: - *rammollimento rosso* - *rammollimento bianco*, - ed aggiunge: converrebbe forse ammetterne uno *giallo*, seguendo apertamente la divisione di Laennec. I caratteri che li distinguono anatomicamente non si rilevano che dal colorito, perocchè eguale in tutti sia la cascaggine del cuore, la fragilità o friabilità delle fibre, onde possano essere facilmente penetrate dal dito. Non con siffatti particolari, ma in genere, ammette il rammollimento da flogosi anche Stokes là dove rassegnando i risultati della miocardite si esprime così: « 1.° iniezione del tessuto

« cellulare, susseguito da infiltrazione sierosa o linfa « sanguinolenta, e diminuita consistenza della fibra mu- « scolare ». (Hasse) Prima di costoro, Corvisart ci descrive il rammollimento, nella prima istoria che adduce, co'più segnalati caratteri, ed innanzi a Corvisart, Mekel ed altri famosi.

Considerazioni sulla forma morbosa.

§ III. Sebbene la storia anatomo-patologica della miocardite sembri giunta al suo grado di perfezione, e non esiti Rokitansky a ritener questa flogosi molto più frequente di quello comunemente si creda, la forma morbosa che vi si annette è ancora per moltissima parte indistinta. La principale ragione sta appunto collocata in ciò, che non videsi forse mai un esempio netto di miocardite senza complicazione endocarditica o pericarditica. I grandi osservatori vanno in questo concordi, e lamentano uniti il difetto diagnostico. Vediamo così medici d'Inghilterra, di Francia, di Germania, ripetere pressochè le frasi istesse, e volendo noi avere una contezza di quanto poco col volgere di parecchi anni avanzasse in grado siffatta diagnosi differenziale, lo rileveremo agevolmente da taluni paragoni. Difatti, le parole di Corvisart suonarono chiaramente così: « poche malattie del cuore vi hanno che sieno meno conosciute della cardite. [1] Quelle di Bouilland « Jusque ici je ne connais aucun signe qui « puisse caracteriser specialment la cardite »; [2] quelle di Stokes. « Della miocardite indipendente dalla infiammazione del pericardio, possiam dire con sicurezza di non saper nulla affatto, nello stesso tempo però non saremmo autorizzati a negare la possibilità della sua esistenza » [3].

[1] Corvisart. Saggio sulle malattie del cuore, vol. II. art. 1.
[2] Bouilland, op. cit.
[3] Malattie del cuore e dell' aorta.

Sconfortati, ma non sopraffatti da simili autorità, collocammo ogni opera sù quest'ardua diagnosi, facendo calcolo anche de'minimi, e confrontando nella pratica i casi singoli non solo a noi occorsi, ma letti pure sulle opere più accreditate. Tocchiamo prima di quella, che disse Corvisart - *cardite occulta*.

Molta parte de' casi ne' quali potea da' primi trattatisti ritenersi latente lo andamento della miocardite, e che figurano sulle opere loro caratterizzati così, specialmente per la mancanza del dolore; non isfuggirebbero forse alle nostre indagini, ora principalmente che possiam far calcolo sopra raffinati ingegni diagnostici. Premesso ciò, può asserirsi impossibile che la miocardite trascorra senza aver indotto nel funzionamento del viscere disordini assai notabili, facili soltanto a nascondersi dove noi satisfatti delle narrative de'nostri infermi, andassimo dimentichi, contro i precetti della odierna diagnostica, che havvi una serie di sintomi i quali vanno completamente inavvertiti da pazienti, ma che possono però, anzi debbono venir segnalati e pesati dal medico indagatore. Questi sintomi obiettivi quando fossero bene avvertiti non permetterebbero che talune forme le quali si presentano ambigue, andassero disattese per un giudizio superficiale; nè che in taluni soggetti, si scuoprisse il cuore denotante uno stato inflammatorio pregresso, solo allorquando divenuti cadaveri, fossero fatti segno alle perlustrazioni anatomiche. La istoria 37ma di Corvisart ch' egli qualificò come un caso di cardite occulta, forse non sarebbe riuscita così, quante volte tutti fossero stati i sintomi avvedutamente considerati per la diagnosi. Ed invero si dice :

« Un uomo di 67 anni, di temperamento sanguigno,

affetto da reumi, e non da palpitazione, da 30 anni soffriva una dispnea fatigante ».

Dinanzi a questi preliminari storici, chi non avrebbe oggi sospettato una possibile lesione del centro circolatorio; epperò nella forma che andava ad assumere il carattere dell'acutezza, la massima probabilità di un processo morboso a carico del cuore? Forsechè le palpitazioni, tali quali destino l'attenzione dello infermo, sono necessarie perchè si abbia nella indagine trovato quel filo che la renderà fruttuosa? Siamo per converso istrutti da facile quotidiana sperienza, darsi degli uomini usi a tollerare con soverchia rassegnazione alcuni incommodi, e finire per rendergeli, quasi dirci, naturali, senza impensierirsene o richiamarvi sopra l'attenzione di chicchessia. Nel novero di questi mali trovasi spesso la palpitazione del cuore, saliente pei caratteri di forza, di frequenza, di aritmia, di rumori. Veggonsi contadini laboriosi, assuefatti alle fatiche de'campi, sotto quei lor petti abbronzati dal sole, celare le più gravi cause morbose di un respiro difficile, che viene troppo superficialmente accagionato allo stento. Le condizioni delle vene del collo e della faccia vengono in essi fino ad un certo segno considerate, perchè l'abitudine di curvare il corpo in avanti e di forzare coll'estremità superiori, e l'anelito della fatica, ci sembrano spiegare assai bene e quel volume notevole, e que'moti innormali che si scorgono nello iugulo. Noi per la pura verità possiamo asserire di avere spessissime volte trovato i più limpidi caratteri delle lesioni cardiovasali inavvertite affatto dai pazienti. Cento possono essere le ragioni che ci adducano agli esami del cuore, quando anche il cuore non turbi il soggetto, od almeno non susciti un atto della sua coscienza riflessa.

Il 24 Aprile del 1803 prosiegue Corvisart « avendo provato più difficoltà di respiro, sentì un dolore molto debole nella parte media ed interna del lato sinistro del petto. »

Ecco un carattere salientissimo e tale che ben poteva riferirsi al centro circolatorio.

« Due giorni dopo sputò sangue, ed il 29, quinto giorno della malattia, fu ammesso alla Clinica ».

Lo sputo sanguigno apparve in tal guisa, e forse la prima volta in 67 anni di vita; poichè di emottisi pregresse, se ve ne fossero state, ci avrebbe di certo fatta menzione lo accuratissimo Corvisart. Questo sputo di sangue dopo 30 anni di affanno ed un cupo dolore del cuore che lo precedette, anche per un indirizzo esclusivamente razionale avrebbe dovuto colpire un medico osservatore, e sempre più determinarlo a ricerche dirette. Ma prosiegue Corvisart: « Allora egli aveva un poco di dolore di testa, la faccia « era animata, l'occhio brillante, la lingua bianchiccia, « la respirazione un pò difficile, il petto vagamente do« loroso, ma non provava palpitazioni. Il polso era de« bole, irregolare, intermittente, ineguale sopra le due « braccia ».

Quali potevano essere le probabili infermità fuori del cuore ? Quelle del polmone ? ed oggi l' ascoltazione sagacemente usata, avrebbe potuto senza fallo od escluderne la esistenza; ed allora pel notissimo processo di eliminazione, balenato prima di tutti alla mente privilegiata del nostro scrittore, sarebbesi aperta la via alla diagnosi del cuor leso: od includerla; ma costatando in pari tempo, e lucidamente la complicazione cardiaca, avrebbe dileguato il dubbio.

Finalmente il soggetto di questa istoria dopo un delirio loquacissimo di un giorno, e dopo essersi nel dì successivo levato di letto e posto dinanzi alla fenestra per respirare, quindi da se stesso ricoricato, spirò inopinatamente.

Corvisart da tutto questo, soggiunge « l'occhio bril« lante, la loquacità, il delirio, la sede del dolore, i ca« ratteri del polso m' indicavano che l' infiammazione « erasi estesa sopra il cuore....! Cosa sarebbe mancato a questo grande medico perchè avesse potuto convertire la parola *indicavano* in quella di *provavano?* Ognuno lo vede... Questa istoria recata qual'esempio di *cardite occulta* merita poi di essere addotta sotto questa denominazione? Niuno lo negherebbe considerando altri casi che si danno al paragone più lucidi ? Lo che certamente dimostra una volta di più, ch'egli è impossibile non avvisare nel funzionamento cardiaco un sintoma che valga a scorgerne, come guizzo di luce, attraverso il buio onde può talora involgersi una diagnosi. Lo stesso sarebbe a dire delle storie seguenti, contando sulla pienezza delle cognizioni odierne.

Difatti: nella osservazione 38ᵐᵃ non si parla di polsi e di cuore. Forse esplorati sagacemente avrebbero favellato più chiaro che non tutti i sintomi in essa descritti.

Nella osservazione 39ᵐᵃ dice Corvisart. « Ancorchè i « sintomi fossero estremamente oscuri nel corso della « malattia, io ebbi la idea che la malata poteva essere « attaccata di una malattia del cuore » e perchè? perchè *i polsi erano piccoli*, *deboli*, *irregolari*, *singolari*.

Hannovi adunque delle guide e certo non malsicure che possono scorgere il medico attraverso una serie di sintomi, i quali non valgono in gruppo a qualificare ni-

tidamente una forma. Ora se da tutto questo ci argomenteremo con sicurezza, potersi, in ogni congiuntura pratica, ben definire almeno la diagnosi generica, per quantunque il gruppo de'fenomeni possa deviare a tutte prime l'attenzione del clinico dal vero obbietto patologico; saremo ancora nella oscurità massima per quanto riguarda la diagnosi differenziale? Noi quivi ripeteremo che nella urgente difficoltà, obbligati a far tesoro de'minimi, collocando a sommario i fenomeni della pericardite e della endocardite genuina, potremmo trovare qualche non ispregevole criterio, e nella esclusione di alcun sintoma classico, e nella inclusione di alcun altro singolare, dicendo:

§ IV. La miocardite può distinguersi dalla pericardite — Differenze diagnostiche

1.° Perchè questa ha un carattere saliente nel soffregamento pericardiaco.

2.° Perchè nello esordio di essa non si affacciano per lo più sintomi adinamici gravi, o non perdurano.

3.° Perchè le usitate sembianze rivelano nello svolgimento un deciso processo flogistico.

4.° Perchè non intervengono che raramente sintomi singolari.

La miocardite può distinguersi dalla endocardite.

1.° Perchè questa ha caratteri salienti nel *clac* valvolare, negli sdoppiamenti fonetici, nel soffio o ne'rumori endocarditici.

2.° Perchè il tumulto, lo scuotimento delle pulsazioni cardiache, non hanno per lo più eguale riscontro sulle arterie eccentriche.

3.° Perchè mancano per lo più i sintomi di ambascia suprema e di adinamia.

La miocardite può distinguersi dalla pericardite, e dalla endocardite.

1.° Perchè il sintoma in essa saliente è la esiguità e la irregolarità del metro cardiaco, il quale si leva sotto forma acuta, e consente con perturbazioni profonde del circolo periferico.

2.° Perchè manca e del soffregamento pericarditico, del *clac* valvolare e degli altri sintomi qualificativi le flogosi membranacee.

3.° Perchè la forma adinamico-atassica si verifica quivi a preferenza.

4.° Perchè, più che in qualunque altra flogosi, possono intervenire fenomeni singolari.

5.° Perchè, più sovente che in qualunque altra forma, la morte sopraggiunge in un istante inopinato.

Sarà dopo ciò inutile ripetere quali possano essere i fenomeni di una forma flogistica diffusa dal centro muscolare sopra una delle sue liste sicrose, o da una di queste a quello. Taluno ha preteso , dallo svolgimento di fenomeni pericarditici, dopo una serie confusa di sintomi che richiamavano a malattia acuta del cuore, giudicare la Miocardite pregressa (Oppolzer). La forma morbosa della miocardite sentirà de' sintomi riferibili alla infiammazione simultanea delle sue membrane. Per contro, varrà del pari il nostro discorso, allora che sia, praticamente parlando, avvenimento non infrequente la miocardite successiva; ritenendo pure rarissimo quello della miocardite primitiva. Difatti quando per diffusione di processo venga a sua volta investita la fibra muscolare, non si rende oltremodo difficile pronunciarne il giudizio, perocchè nelle storie

che ne abbiamo, sanzionate dal cadavere, notossi allora un periodo di abbattimento supremo, una fase rivelatrice di quanto andava ad accadere sulla principale potenza del circolo, epperò sopra una molla cardinale della vita. Asimmetria precipitosa, singolare, colla massima debolezza del moto cardiaco, soffocamento del suono, irregolarità esiguità suprema del polso, freddo universale angoscioso, sudore parziale e gelato, faccia cadaverica, livida, sincopi, afonie, delirio convulsioni, e in mezzo a questo, od in un momento d' ingannevole calma, la morte.

Potremmo quivi addurre a conforto delle nostre parole parecchi casi occorsici, ma fedeli alla propostaci parsimonia del materiale clinico, non ne trasceglieremo che uno.

Natale P..... tempra robusta, però sotto il visibile predominio nerveo-bilioso, nel 36mo di sua età, di professione ingegnere, ammalò con sintomi di affezione reumatica alla gola, caratterizzati da muto dolore, parafonìa e disfagìa. Chiamato il suo medico, questi lo sottomise ad un metodo antiflogistico. Però le cose non volgendo al bene, ed esperimentando lo infermo, in mezzo alle lusinghe della pronta sua guarigione, alcun che d'insolita angoscia, di timore di morte, d'indefinibile patimento morale; si volle che noi lo esaminassimo in consulto. Nella nostra prima visita, che fu nel terzo giorno di malattia, trovammo

Occhio sbarrato, volto contraffatto e tinto di pallore olivastro, respiro ansioso, lingua quasi fredda, afonìa, ambascia indescrivibile, sensi di mancamento, polso miuro, intermittente, diseguale sui carpi. Soffio vescicolare ovunque in amendue i polmoni. Cuore oscurato nei suoni, indescrivibile ne' battiti, esili, tumultuosi, inter-

mittenti, diseguali. Al dolore di gola tuttavia esistente non corrispondeva alcun fenomeno di gonfiore, di arrossamento, di edema, di prolasso, di essudato ec. per quantunque ne fosse stata diligentissima la esplorazione.

Diagnosi -- *Miocardite.*

Smettiamo dal metodo antiflogistico fino allora tenuto co'salassi generali al numero di quattro, di circa oncie dodici cadauno, ed ordiniamo una pozione cordiale e l'applicazione di molte sanguisughe alla regione cardiaca - Senapizzazioni volanti.

All'indimani la forma morbosa ha di più le lipotimie notabili per la durata, che nel pomeriggio passano in sincopi. A'descritti fenomeni si aggiunge il vaneggiamento, il delirio. Verso la mezza notte, quando lo infermo sembrò tutto ad un tratto farsi calmo, e riacquistare la lucidezza intellettuale, ritenendo però sempre sugli occhi la nota profonda dello spavento; in un subito afferrato da una convulsione epilettiforme, sollevasi seduto sul letto, e ricade supino, morto.

Alla sezione del cadavere rinviensi siero sanguigno in copia discreta nel pericardio. Il cuore di color rosso giallastro, friabile in guisa da rassomigliare una carne per ebullizione maccra. Il dito lo penetra ovunque. Vuoto di sangue allo interno, presentava lo endocardio color feccia di vino; era di volume poco più del normale. Lo esocardio iniettato vivissimamente.

Nel petto sinistro una pleurite parzialissima con qualche lieve essudato sanguigno.

I polmoni normali, e così tutti i visceri del basso ventre.

La cavità del cranio offriva una venosità prevalente,

ed il siero de'ventricoli appena rossastro, era in copia poco più del normale.

Dallo insieme de'riferiti sintomi, emergeva nitidissima la forma morbosa della Miocardite, e lo andamento, l'esito, il modo onde incominciò ne convalidavano il giudizio. Il cadavere lo sanzionò solennemente alla presenza di parecchi colleghi.

Oltrechè, il giudizio diagnostico venne quì confortato ancora dalle notizie causali. Questo giovane, aveva fatto la campagna del Veneto nel 1848 come ufficiale di artiglieria. In una escursione da Treviso, ebbe ingiurie di tempo gravissime, cosicchè bagnato di acqua dalla testa ai piedi, passò lunghe ore senza potersi mutar nelle vesti, e scaldarsi, e riparare in luogo difeso ed asciutto. Ebbe da ciò a soffrirne artralgie ricorrenti, le quali svanirono con ben diretto metodo, per indi riaffacciarsi, inacerbire la notte, ed ispirare a taluno il sospetto di altra origine. Combattuta, sempre col metodo antiflogistico, dileguò la forma artralgica, ma non così compiutamente da non farsi a quando a quando risentire, massime sotto gli sbilanci igro-termometrici.

In questo stato di cose, non mancarono a travagliarlo eziandio profondi patemi dell'animo; cosicchè la disposizione ingenita alle trasmodanze epatiche e nervee più che mai trasalì ed esercitollo per lunga pezza.

Il giorno innanzi che ammalasse aveva abusato di una donna grandemente amata da lui, e tutto sudante e scaldato passò delle ore compiutamente dimentico dei riguardi necessarî alla sua vacillante salute.

Raccolte ad esame codeste cause, e predisponenti ed occasionali, spiegarono assai bene di qual'indole fosse la Miocardite, e come dovesse portare al rammollimento,

ed all'essudato emorragico, anzichè allo induramento o alla suppurazione od ulcerazione del muscolo; e confermarono una volta di più, ciò che debb'essere oggimai notissimo a tutti i clinici, vogliam dire: il cuore, andare più facile soggetto a flogosi diatesiche, di quello che genuine; le quali, ove avvenissero in individuo robusto, e per età fiorente, non potrebbero non imprimervi le note, e non abbandonarvi i relitti di un' orma vitale eccessivamente potente.

Il fenomeno dell'afonia, cui non rispondeva veruna traccia nè irritativa nè flogistica, e la disfagia satellite spiegarono bene qual ne fosse la causa. I rivolgimenti del Vago innanzi di cooperare alla formazione de'plessi cardiaci non lasciano ombra di dubbio su ciò. Questo avvenimento fu pure, siccome già sopra notammo, accennato dal Testa. Noi dunque riteniamo fosse stata assai facile a stabilirsi non solamente la generica diagnosi in questo infausto caso, ma sibbene alla portata di tutti anche la differenziale. Però non ci sfugge che assai più di spesso il male non si stenebra a tutte prime. Sintomi vaghi indistinti mutabili possono indurre un sospetto e nulla più, cosicchè siaci duopo vedere quivi anche eminentemente pratica la partizione della Miocardite in *occulta* e *manifesta*, come la ebbe proposta il Corvisart.

Egli è pure da'fatti reso indubitabile, che il processo inflammatorio appiccantesi ad un muscolo specialmente se lo investa in area limitata possa volgere a rilento e sotto forme ingannevoli; che anzi taluni esiti inflammatorî, generalmente parlando si conoscono poter avvenire in fatto di tempo assai diversamente, in ragione appunto della diversità de' tessuti sui quali s' incontrano. Se poche ore bastano a generare il globulo pioide sopra una

sierosa, ciò non si potrebbe egualmente asserire sopra un tessuto connettivo intermuscolare. I quali avvertimenti ove si riferiscano al cuore ed agli esiti della sua flogosi, danno ragione della ulterior differenza accennata pure dal Corvisart relativa alla forma *lenta* od *acuta*.

Altra genesi di lento andamento fu con molta sagacia avvertita da Stokes, ed è; quando il processo flemmasico dell'esocardio s'interni a grado a grado pe' fasci superficiali del muscolo. Infatti occorre assai volte lo esempio di una Miocardite superficiale la quale mosse o dallo esterno o dallo interno, e sembra assai ragionevole che a questo modo di flogistica diffusione debbano riportarsi le forme ulcerose, trovate sulle fibre muscolari già rese aderenti a'velamenti cardiaci, senza che poi corrispondano gran fatto le condizioni anatomiche degli strati più profondi o centrali del muscolo. E quì ci pare luogo acconcio a ripetere una riflessione già di sopra accennata.

Che di talune flogosi la singolarità dell'esito voglia esser presa in ispeciale riguardo, non vi ha chi nol vegga quando sia pur certo che la singolarità dell'esito possa tenere molte volte alla singolarità della causa. Rifacendoci ora col pensiero sopra un tessuto muscolare, e considerandolo investito di una flogosi genuina, ognuno sa rendersi conto e degli essudati fibrinosi interstiziali, ed anche della formazione del pus; ma non si accomoderebbe forse a dover ammettere per effetto di quella, e la friabilità del muscolo ed il colore in apparenza esangue, ed il rammollimento della fibra. Difatti cotesti caratteri si veggono appunto all'antitesi degli altri taluna volta trovati, e che si riassumono nello indurimento muscolare, e nella elaborazione purulenta. Eppure la quotidiana esperienza ci ha istrutti del caso nel quale, ri-

velata per una forma morbosa abbastanza distinta, la esistenza di una flemmasia del cuore si ebber a segnalare sul cadavere una serie di relitti per natura loro opposti a quelli che sogliono intervenire nell'ordinario processo inflammatorio. Si dovrebbe dir dunque e fermamente credere, che rapporto al cuore la infiammazione istessa sia quella che rassodi morbosamente la fibra e che la rammollisca, che induca l'aumento ed il difetto, la forza e la debolezza, la iperemia e l'anemia? Dinanzi a cotal fatto occorrerebbe o negare che fosse stata una flogosi quella che indusse il rammollimento, o giudicare che questa flogosi, la cui desinenza sarebbe all' antitesi dell'ordinario processo, fosse speciale nella sua causa, nel suo andamento, nel suo termine.

Nell'ordine delle nostre notizie anatomiche, ammesso una volta che da processo flemmasico possano aversi due estremi elementi che materialmente lo rappresentino, e ne'quali si compendî ogni vicenda, e vogliam dire *il siero e la cellula purulenta*; null'havvi che contraddica quale effetto possibile d' infiammazione, un rammollimento.

Nella storia clinica s'incontrano assai forme morbose che discorrono acutamente con tutt'i caratteri di un eccitamento locale, e con tutta la potenza di commuovere un risentimento nello intero organismo, le quali forme non si appoggiano che ad ingorghi o stravenamenti sierosi con eccitamento flogistico. Lo idrocefalo acuto, l'angina edematosa, l'edema acuto del polmone, l'anasarca scarlatinoso ec.

Nella dottrina terapeutica abbiamo pure che il metodo antiflogistico proporzionato al caso, tanto sotto il rapporto della quiddità morbosa, quanto sotto il rap-

porto dello individuo, potè rendere interessanti servigî, e ridonare pure completamente la salute a'sofferenti.

Dopo fatti costatati di simil natura, qual meraviglia dovrebbe colpirne, se un viscere investito, ma così che la materiale espressione del processo invasore consista in un infiltramento acuto di sieri, finisca per rammollirsi? E si rammollirebbe in virtù di un'azione che tanto per fatto anatomo-patologico, quanto per fatto clinico e terapeutico avrebbe tutto il diritto di essere contemplata quale azione inflammatoria. Ed ecco dunque perchè la osservazione di simili fatti in nulla ripugna con ciò, che tale vicenda incontrata sul cuore, presenti al clinico ed all'anatomo-patologo la obbiettiva inflammatoria.

Ma l'edema acuto dovrebbe classificarsi fra quelle forme di processo flogistico nelle quali il volgere è tipico, così per la forza del movimento, la dovizia de'materiali essudati, la profondità dell' attacco, come per le materiali lesioni dell' esito? Ciò sarà modalmente. E sia che ad ispiegare le modificazioni discorse vògliasi contemplata la causa ; perocchè questa sola paragonata co' relitti materiali spiegherà l'orma speciale del suo passaggio. La chimica patologica ha grandi compiti cui satisferanno fors l'età successive, ma solo colla guida degli elementi ematologici di fronte alle diverse causalità patogeniche.

Però non è a passarsi in silenzio come negli avvenimenti di simil natura non isfuggano gli addentellati più notevoli coll'ordinario processo. Perocchè in quella forma di rammollimento che dal color rosso ebbe il suo nome, occorre una iperemia cospicua del tessuto congiuntivo, sebbene il sangue ritenga visibilmente la impronta dello eccesso sieroso. Compresso difatti il viscere ne cola un liquido che sembra composto di sangue, di

siero, ed anche talvolta di elementi pseudo-plastici intermisti, che si rimasero in uno stato d'imperfetta elaborazione. Così del pari, sebbene la iniezione sanguigna notisi assai meno nel rammollimento biancastro, pure a chi diligentemente osservi, si appresenta un liquore sanioso, e traccie di lavorio purulento.

Niuno indi non vede quanti e quali sieno i corollari pratici che avranno vita. Ma innanzi però che vengano in Medicina compiuti cotesti desiderî, possiamo asserire di averne la notizia sintetica, la quale rende necessaria tra le partizioni della Miocardite quella di *Genuina* e *Diatesica*.

In seguito a siffatte riflessioni debbono altre succederne riferibili alle impressioni del medico che può trovarsi di fronte ad un infermo colpito di Miocardite. Dalle quali emergerà senza fallo l'altro corollario clinico, che degli attacchi sul muscolo cardiaco, l'uno sia limitato o parziale, l'altro diffuso o generale, l'uno violentemente e direttamente aggressivo, l'altro lentamente e mediatamente.

Ulteriori avvertenze intorno la diagnosi.

§ V. Se l'oscurità dell' argomento diagnostico ci obbligò a declinare dal metodo che adoperammo nel descrivere le flogosi della esterna e della interna sierosa cardiaca, non è per questo che dovremo trascurare alcune osservazioni riferibili tanto alla forma morbosa subiettiva quanto a quella obiettiva. Nella prima è a dirsi, siccome la miocardite costituendo la più tremenda flogosi che incontrare si possa nella vita, abbia per se la più spaventevole rivelazione sintomatica. Il singhiozzo, il delirio, la disfagia, l'afonia, un simulacro di angina co'sensi di dolore e di ostruzione delle fauci, le convulsioni, la sincope, la cecità sono fenomeni in parte usitatissimi,

ed in parte rari a verificarsi, ma pure sagacemente notati dagli osservatori; ed è con questi che vediamo spegnersi la vita in quei miseri, in cui una mobil diatesi abbia investito il centro circolatorio come si ebbe conferma piena dall' inciso cadavere. Non è raro che osservisi l' infermo pallidissimo il volto, pauroso, sospettoso, tutt' occhi ed orecchie per vedere ed ascoltare i cenni od i monosillabi degli astanti vivamente inquieti per la sua sorte, dissimulare ed attenuare colla prova della sua voce illanguidita, delle sue forze stremate le ansiose sollecitudini di chi lo circonda.

Ma quell' attenzione, quel menomo sforzo lo logora e lo prostra vieppiù, e la vita fuggente si appalesa sotto un colpo di singhiozzo, un riso sardonico, un deliquio. Le palpebre semichiuse, il capo pendolo e variamente inclinato sul petto, la giacitura leggermente rivolta sulla destra, colla respirazione a sbalzi, sollevante per tratti vistosi l' omero e la scapola non poggiata nel decubito. Intanto i polsi esplorati vi si mutano sotto le dita, ed il più strano disordine sia nella forza della diastole, sia nella regolarità dei battiti, cioè rapporto al metro come rapporto all' impulso, governano il circolo arterioso periferiale. In pochi istanti avvisereste gli estremi in antitesi dell' arte sfigmica. Ascoltato il polmone escludereste agevolmente la pleuritide la pneumonite la bronchite, cosicchè il disordine di quel respiro vi sembrerebbe chiaramente legarsi a difetto di rapporti col circolo intemperante e convulso; e que' sospiri ripetuti tenere alla necessaria pressione, che debb'essere esercitata sul sangue scorrente le vie polmonali, le quali ponno rigurgitare per l'alterato movimento cardiaco. Esplorato il cuore, disordinato così

che i polsi paiano meno al confronto; languido celere tremolo balsante, talora intermittente, raddoppiante, senza rumori per lo più, parafonico spesso, fallace nell' impulso e così tumultuario, da far perdere il carattere differenziale de' movimenti e de' suoni. Affranto lo infermo, ha laborioso e pieno di lamenti quel piccolo sonno, in cui a quando a quando cade defatigato; vaneggia a palpebre semichiuse, sempre co' tratti del volto alteratissimi, colle narici aleggianti, le labbra secche e semiaperte tra cui si scorge talora la lingua arida e nerastra; freddo l' alito, fredde l' estremità ed agitate da moti convulsi; e nel risvegliarsi, abbuiata l' intelligenza, velato l' occhio, minorata la potenza visiva; sitibondo, querulo, trambasciante per sentimento d' interna vampa, per impedita deglutizione, cui talvolta si aggiunge la perdita del tatto e del gusto.

La percussione non vi dà trasmodanze per lo più, la mano applicata sul petto non risente l' urto dell' apice cardiaco per molte battute, quindi esso riapparisce incerto, e talora si nota con un impulso in apparenza gagliardo. Che se dopo aver costatato tanto disordinamento di cuore e di arterie, il polso tornasse tutto un tratto a la norma, e fosse questo fenomeno a riordinarsi il solo; temerete imminente la morte che può avvenire in un attimo, o dopo breve comparsa di rantolo, dappoichè tutta intera la forma, la direste a buon diritto una prolungata agonia. Ho trascritto questi fenomeni dalle mie note, prese dinanzi all' infermo, le quali, se non in ogni singolo fenomeno possono dipingere qual sia il viscere leso, pure considerati in gruppo non lo nascondono a chicchesia.

Credetti util cosa meditare sulle istorie di simil fatta

riportate da parecchi autori, e considerarle su tutto nella relazione tra sintomi e reperti necroscopici. Però non trovai sicuramente quel filo che potesse addurre nemmanco al sospetto della varietà degli esiti. Fu notato il dolore nullo o quasi nullo per lo più: talora puntorio, talaltra ardente, ma le punte e gli ardori fagaci. Il disordine ritmico dovunque, la forza degl'impulsi variante, ed il rimanente corredo de'sintomi mutabilissimo per gradi o predominio di un solo sù tutti, o per successioni diversi, o molti insieme aggravanti lo stato dello infermo ed il pronostico del medico. Io credo, e vorrei lasciarmi persuadere dell'opposto, che quando sia quistione di vera miocardite diffusa non possa esservi scampo.

Sin quì peraltro è discorso di forma rivelante una miocardite diffusa, havvi inoltre e non infrequentemente il caso di un attacco parziale segnatamente nel perimetro del cuor sinistro. Questo può volgere assai più lentamente, e farsi ingannevole e preparare col tempo iatture organiche assai gravi, vuoi per suppurazione interstiziale, vuoi per elementi infiltrati di essudazione flogistica, che riescono ad induramenti parziali, talvolta avvertibili nelle autopsie fin dallo esterno per siffatto colorito e tal sodezza che non possano riferirsi a trama muscolare. E parziali rammollimenti, e produzione di parziali aneurismi, ed il possibile versarsi delle materie purulente raccolte in un ascesso nell'alveo circolatorio, d'onde sariano pronti a conseguirne mortali notissimi effetti.

Additare sintomi speciali che ci dimostrino la esistenza di questo processo circoscritto, non si può da chi che sia per quanto si mettano a confronto tutte le storie cliniche possedute fin qui.

La diagnosi allora dovrà fidarsi

1.° A' fenomeni morbosi riferibili al cuore

2.° All' abile esclusione dei noti processi acuti

3.° A quelle di cardiopatie organiche singolari

4.° Alla eliminazione severa delle malattie dell' apparato respiratorio e dell' aorta.

Divisione della Miocardite.

§. VI. Anch' essa può dividersi la miocardite per le differenze anatomica, patologica e clinica.

L' anatomica contempla il triplice fatto dello *in-duramento*, della *suppurazione*, del *rammollimento*.

La patologica si confonde con quelle che descrivemmo proprie della pericardite ed endocardite.

La clinica si riduce a due forme ossia 1.° alla genuina; 2.° alla diatesica; ambedue possono essere palesi ed occulte, lente od acute.

MIOCARDITE

DIFFERENZE ANATOMICHE

- CON ESSUDATI....
  - *sottosierosi*...
    - parziali
    - diffusi
  - *intramuscolari*
    - sparsi
    - raccolti
- CON PIOGENESI....
  - *per infiltramento*
    - parziale
    - diffuso
  - *per raccolta*....
    - libera
    - encistica
    - chiusa
    - comunicante
- CON ALTERAZIONE DI DENSITA'...
  - *rammollita*.....
    - rossa
    - bianca
    - gialla
  - *indurata*.......
    - fibroide
    - corneiforme
- CON ULCERAZIONI.
  - superficiali
  - profonde
- ED'ALTRE JATTURE ORGANICHE....
  - ipertrofie
  - aneurismi
  - tumori
  - infiltramenti adiposi

MIOCARDITE

DIFFERENZE PATOLOGICHE

Dalla causa più ovvia.......	reumatica podagrica erpetica tifoide tubercolare cancerosa traumatica
Dall' origine...	primaria secondaria semplice complicata
Dall' indole....	occulta manifesta genuina diatesica
Dall'estensione	parziale diffusa
Dal corso......	acutissima acuta lenta
Dalle complicazioni....	per attacchi multipli della causa generante la miocardite

ENDOCARDITE

DIFFERENZE CLINICHE

	1.ª Forma **Miocardite genuina o diatesica diffusa acuta e palese**	2.ª Forma **Miocardite genuina o diatesica parziale lenta ed occulta**
Febbre	Più o meno gagliarda	Inqualificabile
Stato del cuore	Celere e tremolo irregolare	Quasi normale o irregolare
Polso	Miuro celere irregolare	Di poco alterato nella forza e molto più nel ritmo
Dolore	Nullo per lo più	A riprese lancinante o nullo
Giacitura	Irrequieta, semieretta, e per lo più sul fianco destro	Indeterminata, ma per lo più non consentita a manca
Ottusità cardiaca	Normale, o di poco aumentata	Idem
Rumori	Esistenti variamente per fatto di complicazioni	Idem
Suoni del cuore	Parafonici irreconoscibili	Di poco alterati o ineguali e bassi
Sintomi caratteristici	Deliquî, sincopi, algore	Più raramente e a volte
Sintomi speciali e non costanti	Disfagia, cecità, angina, convulsioni, singulto, delirio	Possono venire, ma sullo scorcio della forma che si rende acuta.

N. B. — Questi sintomi classificati sopra due tipi estremi, vennero descritti sul confronto di molte istorie e valgono se considerati nel gruppo.

Cause della miocardite

VII. Quelle stesse cagioni per le quali vedemmo prodursi la Endocardite e la Pericardite, possono generare la flogosi del muscolo. Cosicchè potremo dispensarci dal ripeterle, richiamando solo a memoria di collocare in prima linea il reumatismo e la podagra. Abbiamo pure tra nostri ricordi due esempi chiarissimi di lento processo miocarditico per fatto di tubercoli in individui lesi eziandio nel polmone da questo prodotto patologico ed in uno era assai singolare la coincidente integrità del pericardio.

E nemmeno debb' esserci ignorato come talvolta si scontrasse il muscolo preso dalle diffusioni della diatesi cancerosa come se ne leggono registrati degli esempi. Non è poi necessario far singolare menzione di processi miocarditici consecutivi a lesioni traumatiche. - Per quello infine che riguarda la sifilide, abbiamo pure dai fatti costatati, com' essa facesse talora cattivo governo della massa cardiaca (Carcasson). Le affezioni tifiche, l'erpetiche, le scorbutiche hanno prodotto casi in ispecie di miocardite lenta.

Del resto le istorie anatomo-patologiche e le cliniche ci schiudono a dovizia esempi di parzialissimi processi irritativo-flogistici, cui non poterono assegnare ad evidenza la causa. Cosicchè rimaniamo avvertiti, in tutte quelle infermità che hanno radice in profondi vizî della crasi sanguigna, ed in quelle che, specialmente sotto la forma di un morbo toracico poco definito, esercitarono per lunga pezza gl'infermi, della necessità assoluta di sorvegliare il cuore. Difatti, siccome già sopra avvertimmo, alcuni dati che ci possono scorgere al sospetto ed anche al giudizio di lente malattie cardiache, possono sfuggire compiutamente inavvertite da'pazienti.

§. VIII. Il pronostico di siffatta infiammazione costatata dev'essere ritenuto, siccome dicemmo, quasi universalmente mortale: per lo che ben s'intende che della estrema gravezza non possa mai farsi quistione. È da aggiungnere, che pure allora che lo individuo sembrasse campato dalla morte, la sollecitudine medica non debb'essere dimessa giammai; perocchè, siansi veduti de'casi ne'quali una morte improvvisa dichiarò non altrimenti guarita la infermità, sebbene parzialissima, di cui si ragiona. Morgagni nostro [1] ne offre splendidi esempi: nè soltanto per rammollimenti, lacerazioni ed ulceri; ma eziandio per raggrinzamento e durezza. Inoltre, quando anche siffatta sventura non avvenisse, rimangono comtemplabili gli esiti flogistici che preparano, o lo possono almeno, subdolamente la morte. Un esempio è la cardioressi da cardiopiosi, o la rottura del cuore da perduta proporzione di resistenza muscolare, dove accresciuta oltre misura, dove svigorita affatto. Pronostico della Miocardite

§. IX. E giacchè siamo qui intenti a comtemplare il pronostico in ragion degli esiti miocarditici, forse che potrebbe sperarsi di far la diagnosi di taluno di essi, in quella guisa che vedemmo felicemente compiersi non poche volte nella infiammazione della esterna e della interna sierosa? Nello stato attuale delle nostre cognizioni, sarebbe opera pressochè impossibile a sperarsi per la grande maggioranza de' casi; però non si debbe tacere che in taluna congiuntura possa stabilirsene e dove una pruova e dove una presunzione assai ragionevole. È possibile la diagnosi degli esiti della Miocardite?

E primieramente la miocardite riguardo agli esiti suoi più solenni, dovrebb' essere contemplabile sotto il

[1] Epist. LXIV art. 15. - Epist. XXVI art. 2.

triplice punto di vista dello *induramento*, del *rammollimento*, della *suppurazione*.

Per lo *induramento* del cuore che non videsi se non parziale, massime ne' gradi suoi più spinti, abbiamo nota di uno stupendo esempio diagnosticato in una donna settuagenaria, della quale incidemmo il cadavere, nell'ospedale di S. Giovanni in Laterano. La diagnosi fu condotta su queste norme. Primieramente la notizia anatomica che si possiede intorno a questo esito, è tale, che ce lo faccia presumere assai più facilmente nel ventricolo siuistro. Da che a tutte prime emerge un corollario assai valutabile che può tornarci a guida, cioè: la comparazione del polso cardiaco con quello del radio, ed anche se così vogliasi meglio, colle carotidi. Il cuore addiviene quì indurito per fatto di sodi materiali deposti da un processo flemmasico tra le fibre del muscolo. Il muscolo quindi a smettere della sua arrendevolezza ed a riuscire nella sistole, proporzionalmente inefficace. Il polso adunque è nelle arterie menomo, sendo massimo nel cuore. Ed a rendere vieppiù grave cotesta disarmonia, congiura un fatto ovviissimo e che debbe tenersi in conto di conseguenza quasi immanchevole, cioè la dilatazione della cavità, ond'è facile concepire il meccanismo. Un cuore di siffatta tempra anatomica, sotto l'urto della colonna del circolo, non può non risentire anche lo effetto della potenza idraulica discendente, in contrasto coll' onda residua che per la inefficacia sistolica prolungò la sua dimora nell'atrio. Indi il moto diastolico, per due ragioni assai valutabili, debb'essere trasmodante. Il suono poi che n'emerge debbe allontanarsi dal metallo normale; perocchè rigide essendo e tese le colonne carnose, ed incapaci a favorire le refrazioni menome da cui

si attutisce l' impeto del fluido circolante, acquistano tal carattere fonetico, da imitare, avvalorandolo di molto, il *clac* della valvola irritata o flogosata, epperò nella sua tensione gagliarda e ricisa. Difatti il suono nel nostro caso era tutto speciale, percepivasi cioè secco e vibrato nè lasciava punto sopraffarsi da un rumore di soffio rude, che accompagnava il moto discendente della onda sanguigna nelle cavità, per la disproporzione dello stoma auricolo-ventricolare coll'atrio sottoposto.

Da ciò argomentasi pure quella costante irregolarità motrice, consecutiva a due onde in collisione dentro una cavità stessa; e la genesi de'soffi da riflusso, con tutti gli effetti che adduconsi dal sanguigno rivolgimento a ritroso.

A questo è d'aggiungere, che l'urto risentito dalle pareti toraciche per la proiezione di muscolo siffatto, non può non essere eccedente, e stranamente inusitato e sensibile al medico in maggiore o minor distanza dallo infermo. Dalle quali considerazioni potranno stabilirsi siccome guide alla diagnosi i seguenti criterî.

1.° Impulso lato, robusto, sollevante della diastole, che ha i caratteri della ipertrofia con dilatazione.

2.° Suono quasi corneo.

3.° Polso eccentrico tenue.

4.° Irregolarità centrale ed eccentrica.

5.° Forma congestivo-polmonale.

6.° Pregresse note di miocardite.

Tutte queste ragioni, interpretate in gruppo con molta severità, ci schiuderanno un valore patologico differenziale da cui potrebbe scender abbastanza sicura la diagnosi della ipertrofia con induramento cardiaco.

Non meno chiari ed eloquenti possono occorrere i fenomeni che persuaderebbero un rammollimento del cuore, cosicchè pur essi vogliono venir considerati in sommario:

1.° Impulso nullo.
2.° Suono parafonico.
3.° Polso miuro, e frequentissimo.
4.° Oscura irregolarità centrale ed eccentrica.
5.° Minaccie sincopali.
6.° Pregresse note di miocardite.

Dinanzi all' esito della suppurazione, che quivi occorre considerare al punto di vista dell' ascesso intermuscolare, ci è impossibile designare un argomento diagnostico, atto ad includerlo o ad escluderlo definitivamente. Ciò che potrebbe additarsi come fenomeno proprio, sarebbe un dolore pulsante a lampi dolorosi, quale appunto si esperimenta nelle parti esterne che volgono all' esito medesimo. Noi difatti troviamo qualche istoria di Miocardite suppurata congiunta a questo carattere. Il quale, ove sia legato alla notizia della forma morbosa, potrebbe soccorrerci nella difficile ricerca; e tanto più, quanto meglio è a ritenersi, la miocardite in simile congiuntura rivestire con frequenza la forma iperstenica genuina la quale in tutto il suo decorrere, assume una impronta fenomenale ben diversa da quei casi ond' è costituita la maggioranza, come noi venimmo testè considerando; casi ne' quali suole intervenire per esito il rammollimento.

Il fatto di una piogenica rinvenuta in taluno esempio di suppurazione intracardiaca, potrebbe dar luogo a quistioni di notomia patologica, ma non a ricerche differenziali diagnostiche.

Le ulcerazioni superficiali, vuoi interna od endocardiaca, vuoi esterna o pericardiaca, come pure lo infiltramento purulento avvenuto ne' primi strati muscolari corrispondenti all' una od all' altra sierosa, sendo fatti che si rapportano assai più agevolmente ad una flogosi primitiva membranosa, e diffusa indi sul muscolo, non possono venir considerate sotto il punto di vista di una saliente miocardite.

Sarebbe anche a proposito ricordar quivi che tra le conseguenti iatture organopatiche cui può andar soggetto, dopo sostenuta una flogosi, il muscolo cardiaco, debba noverarsi la cardiopiosi; della quale non ci difetta una singolare forma morbosa che guidi alla diagnosi. Se non che, ripeteremo ciò che altrove dicemmo, di volerne cioè tenere proposito in un distinto capitolo, cui rimandiamo i nostri lettori.

§. X. La miocardite debb' essere curata a seconda della diversità degli attacchi, così rapporto alla etiogenia, come alle forme sintomatiche. Alloraquando occorresse il raro caso di una febbre ardente di un polso cardiaco concitatissimo, di grave ambascia, dispnea defatigante ec. il metodo dovrebb'essere lo antiflogistico generale e parziale, sendo però molto cauti nel non accelerare il collapso organico ed i periodi mortalissimi dello infiltramento profondo. Così pure converrebbero al caso i mercuriali per uso esterno ed interno, e tutti i noti calmanti del cuore. Ne'casi peraltro, che sono di gran lunga più frequenti, ne'quali cioè fin dallo esordio si annuncia la lipotimia, il metodo antiflogistico generale dovrebb' essere se non assolutamente proscritto, considerato almeno siccome misura eccezionale d' adoperarsi con massimo riguardo da uomini spertissimi. Converrà

Cura della Miocardite

il sanguisugio, i revulsivi, ed ogni altra risorsa di un metodo antiflogistico esterno, laddove ci sarà ginocoforza adoperare i cordiali ed i leggieri eccitanti. Lo che lunge dall'essere contraditorio, si tradurrà nella pratica come assoluta necessità, confortabile dalla più alta ragione medica.

Finalmente ogni caso può meritare special cura sotto il rapporto individuale, così relativamente al soggetto paziente, come alla forma sintomatica; cura che il medico solerte trarrà dalle sue cognizioni com' effetto di quell'intimo convincimento che l' arte induce nel pratico senza molto lusso di formole terapeutiche.

AORTITE

§. I. Lo argomento dell' aorta infiammata è pure oggidì per molti quasi nullo, per altri ambiguo e poco dimostrato, ed in coteste opinioni taluni incaponiscono protervamente, anche ad onta di fatti innegabili. Lo che sarà ben lungi dal recar meraviglia, quantunque volte riflettasi che, nelle attuali condizioni della scienza, non mancano personaggi pregevoli, i quali balenando incerti pur essi sullo ammettere o no cotesta flogosi, accreditano coll' autorità loro le volgari dubbiezze. Cenni storici.

Difatti de' trattatisti più rinomati, e chi ne ha completamente taciuto come Senac, Lancisi, Stokes, Forget; e chi ne ha confessato con ingenuità il difetto di cognizioni in proposito come Corvisart; e chi si è limitato, dopochè ne ritenne fallace la forma morbosa, a tracciarne in un capitolo generico la sola istoria anatomica come Hope; e chi dopo averne tentato lo studio, se n' è ritratto per concentrarlo tutto sulla endocardite come Bouillaud; e chi ne ha accennato la esistenza come Kreysig; e chi ne ha difesa l'autonomia, e descritta la istoria come Testa e Frank.

Eppure la esistenza luminosa di cotesto fatto flogistico, la sua distinta individualità, i suoi modi di es-

sere, confessati a quando a quando e descritti, ci lusingano che tempo sarebbe omai di raccogliere gli studi, raddoppiare le indagini, e colmare con esse la indecorosa lacuna.

Nel nostro paese, negletta o trasandata dai più la infiammazione dell'aorta, trovò pure oppugnatori gagliardi e difensori valentissimi. Basti per tutti accennare al brillante ingegno di Rasori che nella migliore delle sue produzioni mediche [1] la volle combattere con tutta la potenza del suo dire; ma però combattendola, non potè cancellarla dal quadro nosografico, ove un altro italiano, Testa, meno ardimentoso, ma non meno celebre, con maestra mano la volle difesa. Oggi a quando a quando vediamo negli annali dell'arte comparire una istoria di aortite, e rifarsi così questi scrittori sulle orme de'classici anatomici e clinici nazionali ed esteri. Fra questi ultimi, debbesi ripetere una parola di omaggio all'inglese Corrigan [2] perocchè ne abbia descritto una forma sintomatica rilevantissima, come vedremo nel progresso del nostro argomento.

Torna facile a comprendersi, che se i primi scrittori tacquero dell'aortite o per mancanza di esempi, o per omissioni necrotomiche; taluni fra moderni si ostinino a negarla per la enunciazione di qualche specioso motivo, che sebbene poss' avere ogni sembianza del vero, purtuttavolta è smentito dal fatto, superiore a qualunque contraria presunzione. Valga indi ciò che può valere, che la interna sottil membrana dell'aorta, perchè sprovveduta di vasi, non debba nè possa infiammarsi. E sebbene siaci conto colui che tra poderosi cam-

[1] Teoria della flogosi.
[2] Te Dublin Medical Journal

pioni della notomia patologica sostenne non potersi dare, passata la età fetale, rubor flogistico dell' interno lume arterioso; ma ne riconosca ad origine, una imbibizione, ed in ciò abbia seguaci tra gli altri, Trousseau e Rigot; pure potremmo mettergli dicontro diversi stranieri come Monro, Frank e Bouillaud che hanno sostenuto darsi un arrossamento della tunica interna arteriale, operato dalla flogosi; ed oltr'essi, parecchi nostri non meno stimabili clinici. E riprendendo poi lo argomento dove i notati contradittori lo abbandonano, diremmo noi: forsechè è necessaria la esistenza di cospicui tronchi o capillari visibili allo stato normale, per darci ad intendere la possibilità di un rubore inflammatorio? In quante parti non avviene egli ritrovisi cotesto relitto della flogosi, sebbene manchino di vasi che per esse visibilmente serpeggino? Che se lo asserto della inammissibile flogosi, tenesse ricisamente alla negazione assoluta di vasi spettanti all' ordine sanguigno; potrebbe ciò innanzi tratto subire la eccezione onde fu colpito lo asserto medesimo sullo endocardio pei lavori di Luska; senza poi nulla valutare la vascolare ipergenesi inflammatoria, e le possibili capacità dilatate di quelle che disse Senac arterie bianche. Pare adunque inaccettabile lo enunciato, del non poter infiammarsi la interna tonaca aortica, pel solo fatto ch' ella sia priva di vasi spettanti all' ordine sanguigno; ed inaccettabile pure la pretesa di voler tutto riportare a fenomeni cadaverici o a processi ben diversi dalla flogosi, quanto di veramente flogistico possa trovarsi entro l' aorta.

Taluno forse troppo ligio alle considerazioni anatomiche dello stato sano potrebbe sussumere. Nello in-

teriore velamento dell' aorta non solo mancano tralci sanguigni, ma difetta puranche un sottoposto tessuto congiuntivo che li possegga, cui riferir si potrebbero e chiazze e punti a miriadi, e tenuissime listerelle ed arrossamenti uniformi ec. come avviene in molte altre parti della nostra economia.

La qual cosa per noi non sarebbe che la difficoltà istessa già presentata, epperò facilmente resolubile colle notate avvertenze. Ma quando anche tuttociò, presso anatomo-patologi eccessivamente severi, non potesse aver tanto peso da superare qualunque obbiezione; noi faremmo la dimanda: se di ogni trovato necroscopico della flogosi, preso per se, abbiamo noi sempre il convincimento intimo che non possa riferirsi se non se a processo flogistico? A cui ci argomentiamo non potrebb' essere dubbia di chi che sia la risposta; cioè a dire: taluni fatti lumeggiarsi per la relazione e la coesistenza di altri; i quali aggiungono loro ciò che lor manca, perchè siano giudicati quali sono in realtà. Applichiamo questo vero all' aorta; vero che non solo và detto de' relitti anatomopatologici, ma sibbene de' sintomi, alcuni de' quali com' è noto si afforzano pel complesso, e danno così al medico analitico la potenza di proferire un giudizio, che non lo si avrebbe potuto in guisa alcuna basare sopra uno e due di que' fenomeni, onde si costituisce la sicurezza di una forma morbosa. E se tutto questo fosse pure insufficiente a taluni scettici per sistema, havvi sempre in pronto larga mano di esperienze, contro le quali non è permesso spingere logicamente il dubbio, come non sarebbe permesso a chi ha l' uso degli occhi, dimandare s' è notte a mezzo giorno. Ed in vero quanti casi non esistono ben dimostrati, in cui all' agitazione

iperstenica de' centri circolatorî, rispose il cadavere con arrossamenti cardio-aortici, de' quali non era possibile dimostrar una delle supposte origini, a piè fermo difese dai contradittorî? Non la imbibizione delle parti coloranti di un grumo polipiforme, stanziato sulla parte declive del tubo arterioso, poichè questo grumo non ebbevi: non imbibizione da processo putrefattivo incipiente, dappoichè i cadaveri vennero incisi poche ore dalla morte, in fredde stagioni, con reperti patologici e condizioni cadaveriche individuali, incapaci ad affrettare la suprema necessità del disfacimento. E quand' anche voglia ritenersi il vocabolo della imbibizione a sostenere con esso un fatto cadaverico, si avrebbe poi ogni diritto di adoperarlo esclusivamente? No per fede nostra, quando le indagini sieno severamente condotte da spiriti liberi di ogni prevenzione, nè caldi di alcuna teoria preconcetta! L' osservazione di Frank, riportata in cenno da Corvisart ha per noi tutto il valore pratico. Vedemmo le aortiti conseeutive ai respinti esantemi febbrili, ed all' erpeti incentrate, presentare un arrossamento che se voglia spiegarsi per imbibizione, nulla osta ad ammettere, debba ritenersi imbibizione vitale, e quindi nota di processo irritativo flogistico. A che può far seguito il caso narrato da Boerhave, che ci descrisse colle parole « aorta nigerrima » lo stato di quest'arteria rinvenuto in un bue, che prima della morte erasi lanciato a lungo violentissimo corso. Le quali cose troverebbero lo appoggio eziandio degli esempî, che valgono in tal caso a francheggiare il fatto di cui favelliamo.

Del resto, se questo nostro possa dirsi ragionamento calmo e veritiero, niuno avrebbe l'obbligo di tanta cortesia verso gl' insegnamenti di alcune scuole straniere,

che ridondasse a danni delle più razionali presunzioni scientifiche confortate di fatti. Ma si debbe cessare la vana disputazione accademica, allora che sperienza ed autorità ineluttabili c' impongano una verità. Consultiamo dunque le opere di qualche gravissimo scrittore.

Il celebre Testa [1] ha queste parole « L' aorta si vedeva cresciuta al doppio della sua naturale capacità.... il suo colore era similissimo a quello del cuore per la *innumerabile quantità di vasi rossi che si era sparsa nella sua superficie interna ed esterna ec.* » Dalle quali espressioni parmi stimmatizzata la flogosi dinanzi allo scettico più protervo ; perciocchè il nostro Testa sia tale, il cui spirito è noto per tanta superiorità da non potersi supporre mai addotto mancipio di una qualunque si fosse prevenzione. A questo si aggiunga Morgagni [2] che ci narra di un giovane e robusto legnaiuolo dedito agli abusi del bere, e morto per angina innanzi il quarto dì del suo male, in cui l' aorta, oltre alcune altre lesioni delle membrane cerebrali, dal nascere alla celiaca « maculis quibusdam quamvis non creberrimis, neque adhuc in osseam duritiem vergentibus hic illic intus albebat: intus quoque si macularum loca excipias nusquam fere albam sed ex *rubro fuscam* superficiem habebat neque laevem et nitidam, ut solet, sed parvis quibusdam et humilibus excrescentiis inaequalem ejus, quem dixi, intus extraque coloris, variae autem formae et magnitudinis, sic tamen ut maximas lupino ad cujus figuram accedebant, operire potuisses ». Questo infelice da due settimane era soggetto ad una gonorrea virulenta !

[1] Trattato delle malattie del cuore t. III. c. 2. dell' Aortite.
[2] Epist. XLIV. art. 3.

Dopo tutto ciò tengan pure opposte sentenze uomini benemeriti della odierna arte medica e dell' anatomia patologica, a noi pare che non possa escludersi in guisa veruna, il rubore ond' è stimmatizzata in talune congiunture l' aorta, doversi ritenere avvenuto durante la vita: lo che ammesso, non potrebbe non aggiudicarsi siccome fenomeno indicatore di processo flemmasico.

Ulteriori annotazioni intorno il processo anatomo-patologico.

§. II. Omettendo quì volentieri tutta la discussione fisio-patologica che potrebbe ancora farsi intorno il nostro proposito, e ciò per evitare la mostra di un dottrinale già cognito e nulla più; soggiungeremo soltanto, che a ben poco può sostenersi che monti, se quivi sosterrebber taluni il primato della emite irritativa, quando non potessero escludere il fatto dell' aortite secondaria. Se il processo della flogosi volge mai sempre identico per la sua natura, rivelata a noi dalla identità dei relitti, niuno non sà, che nelle differenti trame anatomiche possano, anzi debbano incontrarsi modalità innumerevoli. Ma è forse lo arrossamento, il solo fenomeno indicatore della aortite? No per detto di molti anatomo-patologi e per dimostrazione de' fatti. Che cosa è quel distacco parziale della sottilissima tonaca, onde si riveste lo interno dell' aorta, se non se un effetto di ammollimento? Il quale anch' esso favella della origine flogistica ogni qual volta possa escludersi la genesi putrefattiva. E questa potrà difficilmente sceverarsi? Noi nol crediamo. I distacchi, i coloramenti che riconoscono questo principio, si aggiungono a sollevamenti di tessuto operati per isviluppo di principî gassosi, li quali si annunciano colle bollicine loro, co' trasudamenti di tenue linfa rossastra, con liste variegate digradanti in colore rosso-livido e congiunte a prove solenni di putrefazione, esistenti in

molte altre parti del corpo, ove si avvisano tostamente, e si spingono a gradi avanzati. Che direbbesi poi intorno a quello che noi possiamo sulla fede nostra attestare, e di altri molti con noi, cioè; che nella sezion dei cadaveri siasi verificato più volte incidendo l'aorta, trovarsi le anzidette condizioni della interna membrana corrispondenti alla esterna flogosi del vaso di forma ulcerosa? Ma nè l'ammollimento basta. Rinvengonsi non di rado altri parlanti vestigi dello svolgimento inflammatorio.

E quivi anzitratto è mestieri, distinguere la flogosi complessa o parenchimatosa, dalle superficiali esterna od interna. Gl' ispessimenti e da essi la opacata diafanicità dell' intimo velame che si corruga talvolta e presenta solchi e rialzi, il lurido aspetto, la sodezza abnorme della tonaca media, quasichè nuovi elementi si fossero aggiunti ai normali; ti scorgono al giudizio di lesa nutrizione: la quale, può avere anche una origine indipendente da flogosi. Tutti sanno però, che il fatto dello aberrato nutrimento puro e semplice, se agevolmente ritrovisi per le avanzate età, non si rinviene del pari nelle medie e nelle prime; cosicchè emerga di subito in codeste congiunture la presunzione assai ragionevole della genesi inflammatoria. La quale se consenta a rubor vivissimo dello interior velamento, od alla vascolarità saliente dei sottoposti, con tutti que' gradi e que' modi che sono proprî del periodo congestivo-flemmasico, la presunzione passerà in certezza. Quanti sono anatomo-micrografi che intesero i sensi e lo ingegno ad illustrare la intimità del processo di cui si ragiona, dovranno convenire tutti, che per entro a qualsivoglia tessuto, meno il globulo purulento, infermato oggi anche

questo dall'esorbitanze di taluni, gli altri elementi non possono venir accreditati quali effetti costanti ed univoci di ragione flogistica, anzichè di semplice ipernutrizione. Così sempre rinasce la necessità di collegare quel fatto alla esistenza di altri che lo lumeggino, e ne'casi pratici non debbono le presunzioni e le prove cliniche esser poste in non cale. Di che a conseguitarne, che come taluni fatti anatomici si videro abbisognare di altri, perchè potessero rettamente venir giudicati; così tutto lo insieme anatomo-patologico vuole irradiarsi al lume della storia, e rendere in questa guisa eloquente di corollarî scientifico-pratici, il muto coltello che divide il cadavere. Ecco il metodo che non falla in mezzo alle rinascenti dubbiezze onde può circondarsi un trovato necrotomico, alla investigazione del quale procedettero gli occhi nudi ed armati. Per esso, valutati i mezzi per ciò che sono, appariranno se disgiunti incapaci a fornirci il diritto logico e scientifico di un giudizio complesso; cui saranno idonei se congiunti ed a vicenda compensati. Del resto, dovendo giudicare della nota flogistica impressa sulla grande arteria, dovremo anzi tratto aver volto uno sguardo alla fina tessitura anatomica ond'ella risulta composta, perciocchè le flogosi, le quali investono i tessuti bianchi, non vi si rivelino sopra, colle impronte solenni di quei tessuti cui si dispensa una ricca rete sanguigna.

L' aorta, come tutte le arterie di calibro un poco ragguardevole, presenta alla sottile investigazione anatomica tre tonache distinte. Essa però, dalla origine alla sua terminazione è protetta ora dal pericardio, ora dal mediastino posteriore, ora dal peritoneo.

La esterna tonaca ha una densità media. Formata per la massima parte di tessuto congiuntivo, presenta anch'essa una rete elastica. Fu detta cellulare da Cloquet, e paragonata da Cruvellhier al tessuto dartoide. Nota a Chirurgi per la resistenza che ella offre alle legature, ivi si scorgono i vasi di nutrizione che in molte guise e diverse la percorrono, e fili nervosi che debbono esser distinti da'plessi del gran simpatico. Per tali condizioni anatomiche, avviene che in cotesto amitto esteriore stampi talvolta la flogosi i suoi più luminosi vestigi.

La media ch' è veramente la più interessante anzi la sede degli elementi anatomici motori del sangue, spesseggia sù tutte le altre membrane. Ivi si scorgono strie trasverse, e fibre muscolari, e tessuto congiuntivo ed elastico. Jamain si esprime presso a poco così. « Vi appaiono delle fibre circolari che s'intraprendono o s'inanellano riuscendo ad angolo acutissimo. Henle che ha descritto questo strato, ne avverte come le fibre circolari non costituiscano anelli compiuti, ma piuttosto delle porzioni di anelli onde l'estremità si riuniscono per altre porzioni di anelli che passano sopra e sotto degli spazî, che li separano e ne costituiscono le saldature. Le fibre più profonde sono tanto oblique che si avvicinano alle longitudinali. È facile separare la tonaca media in parecchi strati; le fibre interne sono molto più serrate che le fibre esterne, le quali s'incrociano colle fibre della tonaca cellulosa. La sua spessezza è proporzionalmente meno considerevole nelle grosse arterie, che in quelle di piccolo calibro. Questa tonaca media riesce estremamente elastica, fragilissima, si lacera colla maggior facilità così nella estensione forzata de' vasi, come

nella legatura. Secondo Robin questa tonaca è formata di molti elementi che sono

1.° Fibre di tessuto giallo elastico più largo e regolare nella faccia esterna della tonaca che nella faccia interna.

2.° Fibre muscolari liscie e listate della vita organica, disposte circolarmente alla faccia interna della tonaca. Queste però nell' aorta sono poco considerevoli e ne'grossi vasi; abbondantissime al contrario nelle arterie intercostali, e nelle arterie un pò più piccole ed un pò più grosse di queste.

3.° Trovasi nello spessore di questa tonaca una sostanza lacerabile in lamelle sottili, omogenea striata fragilissima, presentando quà e là degli orificî caratteristici che le hanno fatto dare il nome di sostanza fenestrata. Ella impasta in qualche modo gli altri elementi della tonaca elastica, e qualche volta risalta soprattutto nelle arterie di medio e piccolo volume, alla faccia interna dello strato che rappresentano, e li sorpassa qualche volta da questo lato. Henle ne ha fatto una tonaca a parte, cui fece il nome di tonaca striata o fenestrata. Per Robin questa sostanza ritrovasi in tutto lo spessore della tonaca media.

La interna tonaca è sottile, trasparente, e risulta di due pagine. L'una più interna che non può considerarsi come una vera tonaca, è lo strato epiteliale, e si compone di cellule pavimentose interteste ed accollate, e di cellule libere, isolate, più o meno abbondanti. L' altra la interna propriamente detta, è sottilissima, lacerabile

facilmente nel senso della lunghezza, e difficilmente in quello della latitudine; formata di una sostanza omogenea finamente granulosa, diafana striata o fibrosa nel senso delle arterie. Verso il cuore si continua colla membrana interna di questo viscere. Sottilissima nelle arterie del volume della omerale. Ne' vecchi si addensa ed irrigidisce, e quivi si formano i depositi ateromatosi e calcarei. Non vi ha tessuto cellulare, che nella esterna tonaca delle arterie, e nella parte più superficiale della tonaca media. I vasi delle tonache anzidette sono numerosissimi ed assai fini, e vengono designati col consueto nome di *vasa vasorum*. Queste esigue vene ed arterie sono maggiori di numero nella esterna membrana che nella media, e sembra esserne sprovveduta la interna.

Da questo schizzo di fina notomia si parrà agevolmente per quali ragioni diversifichino tra loro moltissimo l'aortite esterna e la interna, e come quella a preferenza di questa possa presentarci nitidissimi tutti gli ectipi delle lesioni flogistiche, meritando così ogni attenzione non solamente dell'anatomico, ma pure del clinico. Troviamo difatti sulla esterna membrana esempî di infiammazione suppurativa ed ulcerosa, che che agogni farci presumere in contrario un grande anatomo-patologo del giorno, il quale non potendo impugnare tal fatto, vuolsene addimostrare per la origine flogistica scettico senza prove. Vedemmo quivi ripetute volte i più cospicui ingorghi vascolari colle dilatazioni multiformi, coi restringimenti più chiari, quali appunto notarono nella tesi generica e Warton Jones, e Brucke e Broca e Reinhardt e Rokitansky ed altri molti, tra cui lo stesso impugnatore Lebert. Vedemmo chiazze e punteggiature a

miriadi, vedemmo essudati e pustole, ed ulceri, e quanto dimostra in un verbo la dovizia morbosa del processo in questione.

La tonaca media può presentarci non infrequentemente il caso dell'ateroma. Se ne arriderà spiegarne la origine dal sangue che trascorrendo la esterna superficie dell' aorta vi lasci i materiali acconci alla formazione, andando in traccia delle possibili cause onde avvenga codesto deposito, ci verrà tra le prime quella di uno stimolo preesistente sul tessuto che ivi chiami un afflusso. L'*error loci* di Boerhaave non saprebbe forse schermirci dallo ammettere cotesta causa. Niuna meraviglia però, se i primitivi depositi, che osservati dagli anatomo-patologi o come materiale gelatinoso, o come semplice macchia gialla secondo gli studî di Bizot ed altri, sieno ben lunge dal presentare i caratteri delle chiazze ateromatose o calcaree cui talora pervengono, quando riflettasi, o che gli elementi solidi i quali compariranno di poi trovansi virtualmente o potenzialmente, come voglia dirsi, nel sangue; o che possano generarsi per processo morboso ascendente che in date congiunture imita il progressivo fisiologico, dal fibroide cioè al cartillaginiforme, e da questo all' osteoide. Ad illustrare il fatto cogli esempî se ne avrebbero a dovizia. Se piacesse invece procedere colle ultime sottili notizie anatomo-patologiche, converrebbe dire che la presenza di una sostanza grassa tra le pareti dell'arteria possa riconoscere doppia origine quantunque il materiale relitto presentisi sempre allo identico. Ed ora la si dovrebbe ritenere come lesione puramente passiva, ora com' effetto secondario di un processo d'infiammazione. Ad avvistare questa seconda origine, oltre moltissime ragioni,

influì grandemente il trovarsi frammisto il globulo granuloso, che debb' essere riportato ad elaborazione flogistica.

Il processo si compirebbe così: la chiazza grassosa sarebbe preceduta da un periodo di tumefazione che renderebbe opaco il tessuto. In questo periodo, le parti acquisterebbero in volume ed in massa, e si scorgerebbe un ingrandimento ne'contorni spiegabile da aumentata assorzione. Allorquando lo addensamento avrebbe toccato il suo *maximum* apparirebbe un detrito grassoso, il quale segnerebbe una irreparabile iattura del tessuto, sendochè il normale non si rifaccia. Indi nascere lo stato ateromatoso delle arterie; corrispondendo al valor nominale ed all'asserto degli antichi patologi il fatto, che, abbiasi a trattare di una cavità chiusa come addiviene tra la intima e la media membrana de'vasi. In questa cavità il contenuto può rammollirsi e per la pressione ad arte esercitata sprigionarsi. Il concetto degli antichi avrebbe avuto di falso ciò solo, ch' essi non credevano interessata alcuna tonaca in questo prodotto, laddove è oggi ad esuberanza provato, che alterazione siffatta investa la media. La sostanza ateromatosa si avviserebbe composta da grasso liquido, da globuli granulosi, da cristalli colestearici ec. [1]

Contemporaneo può svolgersi il processo di ossificazione pel quale si trovino lamelle ossee poggiare sulla tonaca media: Contemplando le flogosi svolte a rilento nella pleura, nello endocardio, nell' aracnoide, tutti quelli che hanno perlustrato il cadavere, dovranno convenire, e sul modo della origine, e congiungere le loro osservazioni alla tesi attuale.

[1] Virchow.

Ma non solo il cadavere cogli esempî suoi ci addimostra la possibilità di queste lesioni generiche per origine flogistica, sibbene pure la sperienza clinica che ne lumeggia in taluna causa irritativa, la materiale potenza. Fino ab antiquo ci si narrano le strette attenenze che passano tra certe affezioni morbose, il cui estremo punto di vista anatomico rinviensi in un prodotto tofaceo o calcoloso. Sono già scorsi assai lustri dacchè l' Ippocrate Romano aveva scritto nelle sue pagine che « astihmata, artritides, disuriae ad invicem mutantur, ed oggi sarebbe forse, sotto la obbiettiva che ci preoccupa, esorbitante pretesa lo aggiungervi *cordiopathiae, aortitides,* quando la ragione di quelle asme si trovò in una ossificazione delle valvole, come di quelle disurie in un'affezione urolitica? Ce ne appelliamo ad osservatori coscenziosi ed esperti.

Se poi voglia spiegarsi cotesto ateroma, ammessa la preesistenza di un'ulcere, come taluni sostengono, non sarebbe più che mai posta in chiaro la tesi della flogosi come ragione prima del deposito? E presumasi pure il fatto colle dottrine di Hunter, e si ammetta con molti patologi la specialità di una causa primitiva onde abbia a dirsi il processo irritativo-diatesico o flogistico-diatesico, non sarà men vero, che comunque modificata, fu però molte volte una infiammazione la cagione diretta o indiretta di que' trovati. I quali potrebbero eziandio occuparci sotto il punto di vista già ripetute volte annunziato delle differenze modali del processo flemmasico necessarie ad incontrarsi sù i tessuti bianchi, e dilucidare agl' increduli ancora una volta la possibilità della aortite, resa chiara eziandio per questa specie argomenti. Finalmente accordato anche a Lebert che la flogosi

aortica tenga come effetto a cagione alla preesistenza delle placche discorse, e si ammetta con lui e con altri il concetto ed il verbo della flogosi sclerotizzante, che diremo noi di questo insigne scrittore laddove asserisce in via generale, non ire se molto lungi dal vero segnalando com'errore diagnostico od anatomico o clinico la maggior parte de'casi che si hanno nella scienza col nome di arterite?... Non bisogna farsi esclusivi giammai, quando non si voglia correre il rischio di trovarsi ancora con se stessi contradittori. Non si può analizzare tutta la miriade ottica del fascio luminoso traversante corpi variamente refrangenti da una sola obbiettiva. Congiungasi dunque, siccome dicemmo già sopra, la causa colla forma morbosa, questa col relitto patologico, e se pure ne piacerà scendere alle analisi più minuziose lo si faccia colla mente e coll'occhio fisso a quel vero complessivo, onde l'analisi stessa scaturì. Non diremo allora che la presenza delle cellule e de' nuclei, escludano ovunque la verità di un deposito ematico, quando il deposito ebbe luogo in un area palpitante di vita.

Con ciò siamo ben lunge dal credere e dal difendere la tesi della origine flogistica in ogni e singolo caso clinico ed anatomo-patologico, ma siamo anche ben lunge dal proferir giudizî ricisi troppo ed univoci, quando risultino gli elementi ond'esso si forma, logicamente lati ed equivoci. Potrà dunque l'ateroma istesso venir considerato come possibile effetto di flogosi, poi a sua volta come possibile generatore di processo flogistico secondario, finalmente come ultima fase di altri intimi pervertimenti di nutrizione, ed in genere come principio anatomico di successive iatture organiche. Da tutti

cotesti cenni analitici ci sembra non solo inclusa la esistenza anatomica dell' aortite, ma dimostrato pure il processo anatomico ond'ella risulta.

§ III. La diagnosi dell'aortite sarà da noi trattata in *genere* ed in *ispecie*. Forma morbosa subiettiva.

In genere, togliendo ad esame le forme morbose così come furono descritte da Testa, da Frank, e da Grisolle. In ispecie, considerando l' aortite secondo le note porzioni del vaso, che sono 1.° la toracica ascendente o anteriore; 2.° la toracica discendente o posteriore; 3.° l'addominale; e poi analizzando lo attacco sù le diverse membrane che compongono il gran vaso, e registrandone i sintomi relativi che nello stato attuale dell'arte possano rivelare i diversi gradi della flogosi.

Testa, questo luminare della medicina italiana, dopo che ebbe dimostrato con argomenti irrecusabili la esistenza dell'aortite, facendosi ad analizzarne i sintomi, dichiara la *tosse* come uno di quelli che esser debbano viemmeglio contemplati; e sagacemente avverte come il Morgagni, narrando istorie di aortite, esplicitamente ne parli. La tosse in tal congiuntura presentossi inane ed a riprese intensissime, cosicchè si vide caso nel quale lo infermo, mandato pel medico, in uno di cotali parossismi nol vide giugnere, essendone morto.

All' autorità di Testa e di Morgagni non farebbe duopo aggiungerne altre: però il debito di scrittore coscenzioso mi porta ad asserire la conferma luminosissima che io n'ebbi nella pratica. La negazione de' rantoli crepitanti e mucosi, sarà un saliente carattere della tosse come sintoma di aortite.

La tosse però al dire del Testa non è sintoma immanchevole.

Parla quindi di *pulsazioni violente*, di *dolori nel dorso*, e di un *senso interno quasi di rosicchiamento* dentro il torace e lungo la spina. Annumera ancora il senso di *disfagia*, ed il *dolore degli arti superiori*. Candidamente scrive com' egli non vedesse esempio di palpitazione nel dorso, della quale parlò prima Areteo, e cui diè conferma il Morgagni. Citando cotesta autorità, non omette la osservazione fatta eziandio dallo insigne anatomico di molestie stomacali e di anoressia.

Ragionando del polso, scrive Testa siccom'egli nella congiuntura di cui è parola lo rinvenisse continuamente somigliantissimo a quello dei sani, meno che in sullo scorcio della vita. Dalle quali cose tutte niuno è che non vegga quanto profondamente il clinico bolognese meditasse sù questa flogosi, e da quale vastissimo campo e di eletta messe ubertoso traesse argomenti alla sua dottrina. Quello che manca non può attribuirsi che al tempo (1811) in cui la stupenda opera fu impressa.

Non lasceremo inosservato, nè senza alcuna critica il quadro fenomenale che Giuseppe Frank delineò per l'aortite.

L'ardore dell'intero corpo non è certamente un sintoma ragguardevole. Riesce difatti più assai consonante con una estesa angioite, di quello che con una flogosi limitata alle pareti della grande arteria. Nè Morgagni nè Testa ne fecero mai motto. È dunque un sintoma equivoco.

Il rossore e prurito della cute, sembra doversi riflettere a casi di aortite esantematica, seppure non si volesse tener conto della semplice possibilità di un fenomeno riflesso per le attenenze che l'aorta potrebbe avere colla spina. È difatti che ad essa noi riferiamo talune

iperestesie ed anche rubori cutanei che si avvisano in certe affezioni irritative, tra le quali debbono figurare il principio tifoide e taluni veleni narcotici; per esempio la belladonna e l'oppio. Da che dovrebbe argomentarsi anche questo un sintoma equivoco.

La faccia accesa ed il padiglione degli orecchi rubicondo. Epifenomeno di molte infermità proprio, a molte cagioni riflessibile.

Dolore negli arti ed al capo. Sintoma che presenta il valore clinico del precedente, comunque venisse annotato anche dal Testa.

La epistassi. Sintoma di valore se lo si consideri come rivelazione di una diatesi emorragica cui sono disposti gl'infermi di cotesta flogosi.

La bocca asciutta, la lingua arsiccia, la sete inestinguibile. Sintomi della sinoca.

La stentata deglutizione. Fenomeno equivoco segnalato pure dal Testa.

Il senso di ardore sotto lo sterno, e nello spazio triangolare sovrastante allo sterno medesimo. Sintoma univoco, classico, patognomonico. Questo, eliminato il caso della Pericardite e dell'Angina pectoris, potrebbe dirsi prezioso. E a ritenersi però, com'ebbe avvisato Corrigan, che la stessa Angina pectoris, talune volte può farsi sintomatica dell' aortite; quindi ove non facessero difetto altri fenomeni relativi alla flogosi di cui favelliamo, anzichè abbuiare la diagnosi, la dilucidérebbe.

Sensazione come di un ferro arroventato che scorresse lungo l'aorta sino alle arterie crurali. Sintoma univoco, che ha il valore del precedente, esclusane solo la origine della meningite rachidiana.

Vertigine, offuscamento di vista, o visione colorata in

verde. Epifenomeno, proprio di molte infermità, che non potrebbe ritenersi nel caso se non come effetto della compulsione de'bulbi oculari per impulso delle arterie oftalmiche; capace meglio a rivelare l'angioite che l'aortite.

Tendenza alla lipotimia principalmente nel muoversi del corpo od a tronco eretto. Fenomeno valutabilissimo ove se ne possa escludere la origine cardiaca.

Carotidi vibranti con oscillazione di tutte le altre arterie. Fenomeno equivoco, perchè proprio della ipertrofia eccentrica del sinistro ventricolo e dell'angioite: eliminate le quali, acquisterebbe valore, massimamente poi se congiunto ad uno di quei sintomi che distinguemmo col nome di univoci.

Il polso rimarchevole per durezza, emulante una corda metallica in istato di tensione, frequentissimo e talvolta dicroto. Equivoco per le cagioni anzidette.

Confie e tese le vene succutanee. Fenomeno valutabilissimo se universale e consensiente alle azioni concitate cardio-vasali; ma esclusane la origine organo-patica, apparisce proprio di una forma diffusa.

Oppressione di petto, inquietudine, ansietà. Sintomi razionali preziosi alla guida di una diagnosi generica di malattia cardio-vasale; preziosissimi esclusene le possibili cause delle flogosi enchimatose de'visceri toracici, e delle cardiopatie organiche, e delle eruzioni imminenti di taluni principî esantematici, tra quali la miliare.

Orine scarse, flammee, subcruente, e somiglievoli a quelle delle giumente. Sintomi generici.

Palpitazione di cuore, tosse, vomito. Sintomi riferibili, ove si escludano le idiopatie cardiaca, polmonare e gastrica a sofferenza cardio-vasale. Il vomito fu anche indicato sintoma di polipo endocardiaco.

La diarrea ed i sussulti di tendini. Sintomi generici.

Ora se questa collezione fenomenologica, esposta da Frank si riponga nel vaglio della critica, ognun vede quanta poco valore nosografico rimanga superstite. Ma ognun vede del pari, come un solo degli univoci fenomeni, confortato della coesistenza di parecchi altri, genericamente parlanti una sofferenza vitale de' grandi centri circolatori, torni profittevole al clinico balenante tra le ambagi di una diagnosi.

Grisolle enumera di questa guisa i sintomi della aortite.

Fino al presente, dic' egli, non si ha contezza di alcun segno *certo*. Riassume i fenomeni morbosi così come li vide segnalati da diversi scrittori.

1.° Un calore con un fuoco divorante nel petto, e nel ventre, coincidenti con un polso piccolo e debole.

2.° La energia secondo altri delle pulsazioni aortiche con dolori sordi e profondi seguendo il tramite del vase.

3.° Lipotimie e sincopi.

4.° Accessi violenti di tosse e soffocazione.

5.° Una grande ansietà.

Tale ci avverte essere lo insieme nosografico che venne sin quì segnalato siccome appartenente all'aortite. Vi aggiung'egli:

6.° La comparsa rapida dell' edema sull' autorità di Bizot che l'ha descritta per averla osservata in tre casi.

Ritiene di poco valore i battiti aortici violenti descritti in proposito da Bouillaud, e confortasi anche in questo dell' autorità del già citato Bizot, cui si debbe,

lo aver segnalato il difetto di questo sintoma in taluni di que'casi istessi che vennero osservati dal Clinico della Carità di Parigi.

Dopochè considerammo la forma morbosa dell'aortite così come venne descritta da un sommo Italiano, da un valoroso Alemanno, da un distinto Francese, ci passeremo volentieri dal citare altri nomi, e se ne potrebbero diversi, perchè tutti più o meno si troverebbero collimanti in una stessa esposizione. Noi prima di accingerne a siffatto lavoro terremo necessario di considerare l'aortite nelle sue più ovvie presentazioni anatomo-patologiche; come pure avuto riguardo al decorso della grande arteria, ci si parranno non ispregevoli le divisioni cliniche di aortite *diffusa* e *parziale*, e ciò non solamente in rapporto della estensione, ma sibbene ed in quello della profondità. Chè può darsi un attacco dalle valvole semilunari alla biforcazione iliaca; un altro dell'aorta sotto-sternale; un altro della toracica posteriore; un altro dell'addominale. E può pure occorrerci un aortite esterna, una interna, ed una enchimatosa.

Senza preciso disegno di fare le diverse descrizioni sintomatiche, al compimento delle quali l'arte non può dirsi matura, noi ci occuperemo anzi tratto sopra cenni analitici, per farci così strada alla sintesi di tal forma morbosa,

L' aortite sottosternale esterna, onde avvisammo già i caratteri anatomici, si circonda di un gruppo di fenomeni assai ragguardevole, il cui punto culminante è il dolore. Questo è accusato dagl'infermi in guise diverse, in tutte però spicca la particolarità della sede. Interno, non esacerba in genere per contatti o palpazione

clinica. Hannovi luoghi però dove pigiando si accresce la sensazione molesta. Mi accadde avvisare tal fatto due sole volte comprimendo il primo spazio intercostale destro, o secondo tutto al più, adoperando in guisa, da spingere obbliquamente gli spazi molli contro il margine dello sterno. Del resto il dolore o si limita nel suo decorso dalla medietà dello sterno al manubrio, o discende insino alla cartilagine mucronata. Più di spesso assume il carattere di una molestia gravativa variabilmente penosa, ma interviene il caso in cui prenda quello di un lampo di un frizzo dolorosissimo e bruciante. Discontinuo nel grado della intensità, può destarsi veemente a riprese, non cessando però mai il senso di angustia, di pressura molesta talvolta indefinibile. Nello inferocire che fa questo sintoma, spiega una particolarità ben intelligibile a chi si faccia a riflettere sù l'andamento delle branche nervose. Esso difatti tende a propagarsi sul braccio destro. La ragione di questo fenomeno sta nel nervo cardiaco inferiore, cui Scarpa fece il nome di nervo cardiaco superficiale dell' aorta. Raccolti i fili destinati alla sua composizione, nel dimettersi dal ganglio cervicale inferiore, stabilisce una specie di plesso che riunitosi in rami più o meno considerevoli, discende con essi verticalmente dietro l' arteria sottoclaveare, vicino il nervo ricorrente. Si diriggono quindi a sinistra lungo il tronco brachio-cefalico, camminano sulla parte anteriore della curva aortica, e vanno tra questa e l'arteria polmonare a perdersi nel plesso cardiaco anteriore. Lo che non avviene a sinistra, dove il cardiaco medio e l'inferiore riunisconsi in un solo e medesimo tronco. È certo che a volte il sintoma del dolore levatosi acerbo, rappresenta le angoscie mortali dell'an-

gina pectoris, e può nell'accesso uccidere un uomo, come ha osservato Corrigan, e noi stessi in un caso alla presenza del Dottor Blasi, che stabilì pubblicarne la interessante istoria, colle stesse parole che quì riportiamo.

« Giuseppe Lombardi, di anni 37, di temperamento nervoso, falegname di professione, soffriva del peso all'epigastrio del malessere agl'ipocondrì, ed alla base del torace; incomodi che sopraggiungevano nelle ore della digestione, e che ordinariamente cessavano dopo breve tempo, con copiose eruttazioni di gas. Scorsi alcuni mesi in questo stato d'incompleta salute, ai descritti sintomi successe di tempo in tempo un dolore, che nascendo all'epigastrio si estendeva ai lati del petto, ed anteriormente saliva fino alla sommità dello sterno, ed in fine in maniera non molto sensibile s' irradiava anche al braccio destro; quale dolore suscitavasi specialmente all'infermo qualora egli nelle ore della digestione stomacale si fosse posto a camminare. Chè allora dopo breve moto gli era forza sospendere il passo ed adagiarsi a sedere, aspettando in tal positura, col viso contratto e pallido, la scomparsa di quell'atroce dolore, che non facevasi per lungo tempo attendere. Nei larghi intervalli liberi, senza apparente fastidio occupavasi l'infermo degli esercizî faticosi del suo mestiere, ne maneggiava agevolmente gl'istromenti, e poteva anche adattarsi senza pena di sorta alle sconcie posizioni necessarie al compimento de'suoi lavori meccanici.

In un primo esame istituito sull'infermo fu rimarcato un incurvamento all'innanzi dello sterno, per grande estensione si mostrò un poco ottuso alla percussione il petto, e specialmente nella parte posteriore a dritta, ove l'espansione vescicolare percepivasi appena; il fe-

gato molte aumentato nel suo diametro maggiore, tanto che l'epigastrio ne era interamente occupato.

Avvertendo ai sintomi di dispepsia manifesti per gli accennati fastidì dell'infermo, non che alla ipertrofia epatica saliente riscontrata dalla esplorazione, fu praticata una discreta deplezione sanguigna dall'ano, e furono somministrate delle piccole dosi di magnesia usta unita a del magisterio di bismuto. Ma la pertinacia del male, mi consigliava a più accurato esame dei visceri toracici, e volli all'uopo profittare della gentilezza del Prof. Baccelli e sua rara valentia nelle diagnosi anatomiche delle malattie di petto, per mille fatti sperimentata. Portatici insieme all'infermo, ed esploratone specialmente il cuore, ne ritrovammo i battiti energici, estesi per largo spazio, distinti, evidenti in basso, ed ondulanti dalla base alla punta. Nessun rumore, ma chiaro uno sdoppiamento del secondo suono del cuore, sensibile viemmeglio alla parte media dello sterno, diffuso anche per certo spazio all'intorno. Lo stato di orgasmo nel quale erasi posto l'infermo, e per la nostra inaspettata visita, e per la prolungata osservazione del cuore, gli aveva in parte rinnovellata l'ambascia, alla quale andava soggetto durante gli accessi preaccennati; pel che, non ci fu dato tornare alla esplorazione dei polmoni. In quanto al bassoventre si trovò il fegato in condizione di notevole ipertrofia, per la quale lo stomaco era portato molto a sinistra in dietro ed in basso.

Il risultato di tutto il nostro esame porgeva manifesta la seguente diagnosi cioè: Ipertrofia biventricolare eccentrica; dilatazione dell'aorta; ipertrofia epatica, onde lo spostamento dello stomaco. Aggiunse ancora il Prof. Baccelli avere la certezza dall' analisi accuratis-

sima ch'egli aveva fatta di tutti i sintomi, che la dilatazione dell'aorta si univa ad infiammazione esterna della medesima, e mi espresse nella gravezza del pronostico, il timore che questo infermo avrebbe soggiaciuto ad una morte pronta in un' accesso anginoso. Ciò ricordo ad encomio del vero, e della precisione diagnostica che i mezzi fisici possono nella pratica recare. Infatti questo triste presagio non tardò a verificarsi. Sei giorni dopo la nostra visita, l'infermo fu alle undici della sera colto da uno dei soliti accessi, ma che ne differiva, e per la intensità e per la durata. Passata egli tutta la notte in mezzo alle angosce, fui nella seguente mattina chiamato a visitarlo, e il trovai fuori del letto in piedi e curvo nella persona, pallido e seminudo, invocando un sollievo all'orribile strazio che provava nel petto. Non tollerava alcuna esplorazione, il viso esprimente dolore, polsi contratti, bassa la temperatura delle estremità. Nessuna causa manifesta aveva suscitato questa grave esacerbazione del male. Ordinati quei pochi soccorsi, che l'arte poteva somministrare, mi ritirai. Circa quattr'ore dopo, l' infermo spirava nel momento che sopraffatto dal dolore, coricavasi da se stesso in letto.

Ventisei ore dopo la morte se ne faceva dal Dottor Panegrossi Chirurgo fiscale l'autopsia alla presenza del Giudice fiscale di turno, del sig. Prof. Baccelli e mia. Molto siero limpido trovavasi nel pericardio, nella interna superficie del quale mostravansi delle sottili iniezioni vascolari. Il cuore possedeva enorme volume; ingrossate le pareti ventricolari, ma proporzionate all'ampiezza delle respettive cavità, entro le quali contenevansi delle concrezioni polipiformi di recente formazione. L'endocardo, le valvole e gli orifici allo stato

normale. L'aorta presso alla sua sortita manifestava il ripiegamento anulare detto anello di Stokes; per tutto il tratto consecutivo fino all'arco offriva rimarchevole dilatazione, che faceva contrasto col volume normale dell'arteria polmonale. Osservabile era nella esterna superficie dell'aorta un intenso arrossamento uniforme dovuto ad iniezione vascolare massima della sua tunica esterna. Tenacissime aderenze de'polmoni colle pareti costali, e specialmente a dritta posteriormente, ove non fu possibile operarne il distacco senza lacerar parte della sostanza polmonale. Gli stessi visceri erano ingorgati di sangue misto a molto siero e bollicine aeree in copia. Il fegato conservava il suo colore naturale, ordinaria la consistenza, ma il suo volume era aumentato a segno da estendersi col lobo anteriore fino ai limiti del sinistro ipocondrio. Gli altri visceri sani ».

Il *dolore*, di cui qui ragioniamo, muovendo dalla linea sottosternale fu veduto talvolta puntarsi in amendue le articolazioni sterno-claveari, e diffondersi eziandio per ambedue le braccia. In tal congiuntura, non certamente frequente, il malato rimane nella completa inazione temendo che tutto valga ad inacerbirgli le pene indicibili ch'egli accusa. Lo stomaco entra in consenso così che il più sovente ne rimanga ingannato lo infermo istesso che addimanda il medico perchè lo aiuti coll'arte sua, giacchè pargli sicuro, essendone istrutto da prove antecedenti, che la estrusione di gas stomacali lo guarirebbero. Nè questo soltanto è il senso molesto, ed il desiderio vivissimo del paziente; ma son tali alcune volte le narrazioni ch'egli fa, che può balestrare il medico istesso in falsi apprezzamenti.

Oltre al dolore notasi per lo più *una vibrazione*

gagliarda su su per lo andamento della grande arteria, percepibile talora anche alla mano sovrapposta allo sterno, sebbene il calibro del vaso non sia dilatato. In mezzo a questo la *oppressione* e lo *affanno*, la *stanchezza del petto*, la *incertezza de' movimenti*, un'*apprensione* che si degrada in *paura*, una paura che diviene *spavento*. Abbiamo due istorie di aortite sifilitica accompagnate di cotesti fenomeni, una delle quali sortì effetto compiuto dall'applicazione di un metodo curativo ben inteso alla urgenza; e l'altra in individuo che lasciò Roma, e nel quale la nostra diagnosi si fece palese a medici valentissimi, ma increduli, dopo che si cosparse lo infermo di una dermatosi sifilitica con remissione di tutt'i sintomi riferibili ad uno spasmo aortico. In entrambi questi casi la oppressione e lo affanno trasalivano.

Altro fenomeno che merita l'attenzione dei pratici, è un certo *colpo improvviso come di una grande pulsazione che si fa sentire nell' asse del petto, e che lascia per un istante gl'infermi pieni di sgomento*. Questo colpo di spesso è accompagnato da un urto di tosse, necessariamente indotto dalla scossa che la grande arteria imprime alla trachea, massimamente là dove il gran vaso gira l'angolo risultante dal canal tracheale e dal bronco sinistro.

Si aggiungono le *giaciture* di necessità sui fianchi, possibili anche a sinistra, ma insostenibili nella supinazione, in cui gl'infermi si risentono scossi gagliardemente da un urto metallico, che ad ogn'istante rinnovasi, e che giunge dallo sterno alla spina, e si diffonde per una lunghezza rimarchevole.

Fanno seguito *le relazioni d' impulso vascolare* al collo, sullo iugolo, ed ai lati della testa, onde le in-

terne compulsioni arteriose del bulbo oculare, delle orecchie ec. colle allucinazioni sintomatiche.

Finalmente la *esclusione di una organopatia cardiaca, la differenza notevolissima delle vibrazioni de' secondi e terzi tralci arteriosi,* dipendenti dalla branca aortica centrale, esternamente presa alla flogosi; vibrazioni, che misurate anche colle arterie eccentriche di maggior calibro, le quali però nascano da punti illesi della grande arteria, riescono in queste, molto minori al paragone.

Lo studio delle cause, siccome vedremo, varrà pur esso non poco a lumeggiare viemmeglio la diagnosi.

Lo attacco esterno differisce dallo attacco interno, poichè in questo sono men sentite le sofferenze neurospastiche, e non intervengono l'estese loro relazioni dolorose. Però campeggiano ivi per converso que' sintomi, i quali riferisconsi alla forma morbosa dell' angioite, così lunghesso lo andamento dell'arteria, come ne'riflessi di circolo immediato. Ed invero l'aortite interna, massime se rovescisi anche nella branca toracica posteriore, può mentire una forma acuta pleuritica o pneumonitica, come rilevasi in ispecie da una storia interessantissima trasmessaci dal ch. Dottor Carlo De-Vecchi medico Milanese. [1] È indubitabile che quivi, come l'autore ingenuamente confessa, il non aver usato dell' ascoltazione, fosse la causa più saliente dello errore diagnostico; ma ciò poco toglie pel nostro asserto che intende a dilucidare la generica forma morbosa. Difatti i sintomi subiettivi, riferibili a lesione pleuro-pneumonitica, che questo distinto Medico descrisse per esteso con molta accuratezza, se non ebbero riscontri sul cadavere « che solo pre« sentò poco siero sanguinolento raccolto nelle pleure,

[1] Annali Univ. di Medicina 1841.

« di aspetto normali, ed offerenti al lato sinistro ade-
« renze di antica data, limitatissime: il parenchima ve-
« scicolare de' polmoni crepitante in totalità, e sano »
ben dovevano riferirsi all'aortite.

In coteste conginnture peraltro debbe ritenersi, che, la flogosi ordita nel centro aortico siasi diffusa all'arterie che indi nascono e si distribuiscono a' visceri. E sia che dovrebbersi pesare allora gli occorsi fenomeni, come atti a svelarne parziali arteritidi; rimane mai sempre vero, che queste debbano considerarsi come derivate e mosse dallo stato morboso del centro; ossia, che furono emanazioni flogistiche dell'arteria madre. Di tal guisa le fatte osservazioni in se stesse racchiudono quella guida pratica che giova ammirabilmente a scorgere il medico sagace tra le ambagi di una forma morbosa, per localizzare la precipua sede della infiammazione. È così solo, se da tutto possa trarsi lume di scienza, che non andrà infruttuosa la narrata istoria, principalmente per due distinte ragioni. La prima, perchè da essa si apprende a star sugli avvisi, ed a sceverare come conviensi la forma tipica della pneumonite e della pleurite, la quale ha per se tanti argomenti diagnostici, dalle semplici iperemie viscerali e membranose attinentisi al fatto, che nella grande arteria divampi un processo di flogosi. La seconda, perchè accuratissimo il De Vecchi diede le prove anatomiche di cotesta arterite, additandoci sù vasi le chiazze di Bizot, che ivi dimostrate di aperta origine flemmasica, lumeggiano a volta loro il nostro avviso, superiormente espresso.

Prima pure di cotesta istoria, se ne conosceva un' altra publicata da Enrico Conneau, nome a tutti notissimo. Apparve col titolo « Nuova forma morbosa di ar-

terite ». Narrasi di un'inferma che venne trattata come se fosse stata presa ad una Pneumonite. Ma sintomi ben diversi rivelaronsi in essa. Avevano precorso dolori al petto con tosse ed impossibilità alla giacitura. Nel 15mo giorno, dispnea somma con senso di oppressione dolorosa al petto, minaccia continua di soffocazione, impossibilità a qualsiasi giacitura, sete urente, urine scarseggianti, ma quasi naturali nel colore e senza sedimenti: volto pallido con lieve tinta giallastra, zigomi coloriti di un rosso circoscritto, labbra color paonazzo smorto, occhio spaventato, senso di costrizione all' esofago, conato seguito talora da vomito. I polsi sempre regolari, ma piccoli, ristretti, frequenti; fredde l'estremità, edematose le gambe, profuso abbondantissimo sudore alla testa, al collo ed alla regione sternale. In mezzo all'aumento di cotesti sintomi, il 20mo di malattia fu anche l'ultimo della vita.

« La sezione del cadavere, mostrò note di estesa flogosi sulle intestina, sù lo stomaco, sul fegato, nell'utero, nelle tube ec. Un liquido rossigno nella cavità addominale; diverse briglie tenaci fra le pagine pleuriche, circa tre libbre di siero sanguigno per ciascuna cavità toracica, sani i polmoni; piccola quantità dello stesso siero entro al pericardio, il cuore aumentato in volume al doppio; un esteso grumo sanguigno nel ventricolo anteriore, di colore scuro e leggermente aderente, con propagini albuminose ai lacerti del ventricolo. Questo grumo s'insinuava nel destro seno e nell' arteria polmonare. Aperto il seno ed esaminatolo, trovossi aver nella sua interna superficie un colore rosso scuro, che deterso ed asciugato, non iscompariva. Amplo era l'ostio venoso di comunicazione, e le valvole tricuspidali avea-

no perduto il color loro argentino e lucido. L'arteria polmonare, e le valvole semilunari erano di un colore tendente al rosso cupo.

Nelle cavità sinistre del cuore trovaronsi le medesime alterazioni patologiche in un grado eminentemente maggiore. La membrana interna o nervea dell'aorta era ingrossata irregolarmente, ma più cupo era il colore, e dipendeva da stravaso di sangue nella cellulare, che unisce la membrana propria, fibrosa o muscolare, coll' interna o nervea. Non avevano questi stravasi la medesima estensione, forma ec. gli stravasi fibrosi erano più consistenti e tenaci; più flaccidi e più facilmente lacerabili quelli di color rosso e violetto. Tal forma morbosa estendevasi anche a tutte le diramazioni dell'aorta. »[1]

Pure da cotesta istoria, dettata fuori di ogni prevenzione, risultano due rimarchevoli corollari.

1.° La esistenza fuor di questione di un' aortite diffusa.

2.° I riflessi morbosi suscitatisi colle note flogistiche, tutti in rapporto della centrale infiammazione dell'aorta, e capaci d'intenebrare la diagnosi.

Se non che l'autore istesso riflette, come si avvisassero nella inferma gruppi fenomenali assai ben distinti dalle usitate forme pneumonitiche, la qual cosa può pure ritenersi per la istoria del De-Vecchi, onde argomentisi: che se pure le sembianze sintomatiche additino a questa o a quella flogosi enchimatosa, nullameno dall' analisi critica che di esse s'istituisca, emergerà un criterio non dispregevole, che consiste appunto in qualcosa di singo-

[1] Le parole sono tutte dell'autore.

lare, non ovvio nelle forme involgatissime di una data flogosi genuina.

L'aortite interna, quando avvenga sulla branca dell'aorta ascendente, poichè questa non dia, fuori dell'arterie cardiache, altre propagini prima di giungere all'arco, non ci lascerebbe campo a supporre se non se la esistenza per diffusione dell'arterite cardiaca. E la possibile diffusione flogistica per le arterie anzidette potrà certamente accrescere la obbiettiva fenomenale co' sintomi riferibili alle forme flogistiche del cuore da noi sufficientemente descritte. Da questa, come dalla superiore osservazione, si rincara nello interesse clinico la prenunciata forma pneumonitica quale idonea eziandio a dilucidare la sede anatomica dell'aortite.

§ IV. Ma ritornando alla descrizione de'sintomi che riferisconsi all'aortite interna sottosternale, egli è mestieri farsi alla considerazione del modo onde può compiersi il circolo sanguigno entro la grande arteria, allora che fosse presa dalla flogosi. Forma morbosa obbiettiva.

Il sangue scorrendo per un alveo patologicamente eccitato debbe necessariamente provocare assai più *ricise e subitanee le reazioni vasali*. Queste, com'è da noi dimostrato, sendo le potenze sistoliche; nella ondulazione continua del duplice atto circolatorio accadrà, che dei violenti impulsi afonetici, ci favellino le dilatazioni del vase, come le sole che risultando di propria natura sonore, valgono a portarci all'orecchio le trasmodanze delle contrazioni. Le pulsazioni difatti si rendono rapide e violente, e nella limitazione fonetica, o riescono così *che imitino il suono valvolare*; *o leggermente rimbalzanti di guisa, che n'emerga un piccolo secondo colpo*, che prossimo

al primo, non appena si accenna, come tante volte abbiamo potuto osservare noi stessi, e dimostrare altrui.

Il ritmo dei battiti subisce esso pure un disordinamento che dalle anzidette cose agevolmente si spiega, e questa irregolarità tiene non solo all'impeto, ma sibbene alla misura del tempo.

La tensione poi della interna parete e la preternaturale secchezza che risulta dall'intimo velamento scaldato, produce assai frequentemente *un soffio* avvertibile dall'ascoltatore il più attento e sagace; perocchè non avvenga per esso giammai che resti supplantato il suono.

Il quale supplantamento od oscuramento può darsi ne'casi di aortite per interne asprezze o disuguaglianze che s'ingenerano o dalle intime tumefazioni, o meglio dal processo ateromatoso, che produce sensibili sollevamenti.

E tale è rumore cui valgano a crescere a dismisura nel caso nostro il tempo lungo da che dura la flogosi, la minorata profondità anatomica del vase, e la moltiplicità degli ostacoli atti ad avversare il sangue trascorrente.

Altro ben valutabile fenomeno debb'essere collocato nello *sdoppiamento del secondo suono cardiaco* del cui meccanismo non è quì necessario ripetere una parola, sendochè sia stato da noi nelle superiori pagine descritto; e quì, dalle riferite cagioni, onde si accelera e vibra nell' aorta il circolo, non diffuse all' arteria polmonale, nuovamente dilucidato. Può finalmente in rari casi aversi *il soffio di riflusso aortico* quando infiammate le valvole ventricolo-arteriose siensi corrugate e rese incapaci a sorreggere tutta l'onda sanguigna, e far sì ch'essa non volga in parte a ritroso.

Alle quali cose tutte dobbiamo aggiungere e la notizia causale, ed il modo di sviluppo, e la intelligente

eliminazione delle forme morbose analoghe, e tutti pure que'sintomi che mediatamente od immediatamente si attengono al fatto patologico da noi contemplato, come riverberi o risentimenti possibili di altri sistemi od apparecchi dell' organismo. E l' analisi di tutto ciò rampolla così spontanea che a tenerne discorso sarebbe fare opera superflua.

Or noi raccogliendo a sommario le cose anzidette, avremo come sintomi di Endoaortite.

1.° Le valide vibrazioni del tronco arterioso in disaccordo col pulsare de'secondi tralci ov'essi sieno non compresi di flogosi; e col cuore istesso, se accada che relativamente al grande tronco arterioso la interna membrana del muscolo sia risparmiata o meno invasa.

2.° Il carattere metallico delle diastoli ed un suono emergente assai analogo al clac delle valvole.

3.° La esistenza di cotesti sintomi in uno alla pruova rivelataci dal plessimetro, dallo stetoscopio e da'fenomeni subiettivi, che l'arteria non sia aneurismatica.

4.° La manifestazione di un soffio endo-aortico che può avere doppia origine, o la genuina spasmodica o la organopatica quì dipendente da rigonfiamenti più o meno molli dell' interiore membrana, prodotti vuoi da turgore ed eretismo de'tessuti accesi, vuoi da iniziati depositi di processo ateromatoso.

5.° La irregolarità delle azioni e reazioni delle tonache arteriali e del sangue provocate dalla vitalità lesa del tronco.

6.° Il raddoppiamento del secondo suono cardia-

co, cui debbesi aggiungere un soffio di riflusso leggero se le valvole semilunari invase dal processo flogistico avessero toccato un raccorciamento provocato dalla vitalità lesa del tronco.

Tutti i quali fenomeni avendo facile la interpetrazione clinica, rendono palese la diagnosi ne' singoli casi in cui possa raggiungersi la eliminazione completa di quelle condizioni anatomo-patologiche, le quali potrebbero addurre, indipendentemente da flogosi, uno o più de'surriferiti caratteri.

Accennammo già sopra che per l' aorta una dilatazione con o senza lesione di tonache, o che torna lo stesso, un aneurisma colla sua triplice forma anatomica, possa abbuiare la diagnosi; come pure, considerando il cuore, il fatto della ipertrofia eccentrica e della endocardite. Per la endocardite, che debbe ritenersi congiunta sempre all'aortite sottosternale, non sapremmo vedere ostacolo. Anche a priori debbe ammettersi che si rincalzino i sintomi e costituiscano insieme una forma sola. Dunque siffatto avvenimento lunge dallo intenebrare la diagnosi, vale che anzi a dilucidarla, siccome per moltissime istorie ci sarebbe dato farne la dimostrazione. Che se la fosse questione della sola endocardite come capace ad imporne per una flogosi interna dell' aorta, noi già ne vedemmo i fenomeni, e li considerammo di guisa da poter conoscere alla occasione in che debbano consistere i caratteri differenziali. Per ciò poi che riguarda l'aneurisma aortico, rimandiamo il lettore al relativo capitolo.

Raccogliendo ora i sintomi dell' aortite esterna ed interna, agevolmente rilevasi quale possa essere la for-

ma patologica atta a dichiarare l'aortite parenchimatosa o complessa.

Slegata dalla Endocardite, occorre più facile la *esterna* flogosi dell' aorta discendente toracica. Nelle pleuritidi migranti, ed in quelle forme irritativo-flogistiche onde avviene per lo più il versamento acuto endopleurico, come suole accadere per le malattie esantematiche retropulse, ed in ispecie per la scarlattina ed il morbillo, ha luogo cotesto fatto interessante. In mezzo allora all' anasarca acuto, alle minaccie ed alla realtà di una Idropleuritide, alla invasione irritativo-flogistica dei bronchi, può temere il pratico l'aortite esterna. Ma la esistenza di tali condizioni morbose, potrà meglio indurre più o men forti argomenti presuntivi, di quello non recarci raggi di luce sintomatica, per allumare la diagnosi della flogosi, sovente oscura, che incolse la grande arteria: dove però il clinico avveduto nulla ometta delle sue guide analitiche, potrà sebbene tra gravi difficoltà, raggiungere in qualche caso il fatto di che noi ragioniamo. L' aorta, come abbia compiuto la curva, và mano mano da sinistra a destra adagiandosi lungo l'asse vertebrale. In cotesto andamento sfugge colla sua diastole agli osservatori più attenti, quando fisiologiche sieno le condizioni de' visceri che respirano, ed oppongano la normalità della tessitura loro alle impulsioni fonetiche dell'aorta. Ognuno difatti conosce come queste si smorzino negl' individui sani senza traversare la superficie dorsale. L' aorta dunque, se venga quivi resa sensibile, sveglia di subito i più ragionevoli sospetti intorno la sua integrità organica o vitale, allora però che le condizioni del polmone rimasero illese, e che non intervenne altro fatto patologico, per esempio, qualche tumore

interno, non impossibile a generarsi tra le lamine del posterior mediastino.

Così: fin dal principio si parrà necessario a raggiungere la diagnosi dell'aortite, il severo processo di eliminazione cui solo si appoggia la speranza. A noi qui non sembra opportuno di scorrere il dottrinale intero che valga a svelare la esistenza di un tumore intra-toracico, vuoi aneurismatico o no: perciocchè andiamo ben persuasi cotesta disamina trovar luogo più acconcio. Dato siccome certo, che null'altra condizione patologica ascondasi al di sotto delle pareti dorsali, il trasalire de'moti fonetici dell'aorta, ci sarà la prima guida preziosa alla diagnosi che noi ricerchiamo.

L'aortite dorsale *esterna*, proseguendo l'analisi, commuove pur essa il fenomeno del dolore che gl'infermi narrano in modi ed in gradi diversi. Abbiamo nota di alcuni casi ne'quali risvegliavasi a volte acerbissimo ed accompagnato da una tosse inane e da frequenza di polso e da calore più che fisiologico, cosicchè destasse il sospetto a' medici ragguardevoli di processo tubercolare. In una giovinetta oggimai prossima alla sua guarigione, il dolore divenuto oggi mitissimo era per lo innanzi incapace di tregue se non allora ch'emetteva prodigiosa quantità di arenule.

Per la infiammazione *interna* varranno oltre tutte le avvertenze, quelle che notammo di sopra facendo il commento alla storia del De-Vecchi. In un luogo perfettamente tranquillo, esaminando il nostro infermo dalla superior parte sinistra, giù giù verso il centro della colonna vertebrale, invitatolo a sospendere il respiro, avrem noi tutto l'agio di raggiungere, qualificare, valutare le abnormità impulsive e fonetiche della

grande arteria. E dove quivi riuscisse sensibile un urto metallico, congiunto ad un suono chiaro, saliente e riciso, così come noi lo avvisammo analogo al *clac* delle valvole, e ci venisse dato rilevarne la irregolarità e dimostrarne diseguali al paragone dell' impulso e del metro le superiori arterie, che dall' aorta si spiccano, come per esempio le radiali; raggiunto avremo la somma de' fenomeni costituenti l' aortite interna dorsale o toracico-posteriore.

La *esterna* flogosi aortica nel basso ventre eziandio presenta espressioni dolorifiche per la numerosa serie de' nervi che la discorrono. Così ove sia infiammata al passaggio del diaframma, mentisce talvolta i caratteri di una lombagine acuta, come quelli di un dolore spinale e reumatalgico de' grandi muscoli che quinci e quindi si addossano alle apofisi trasverse e spinose. Il malato in rari casi a decombere difficilmente sul dosso, travagliato dallo interno martellar dell' aorta, che a tronco eretto lo scuote e visibilmente lo dondola; a tronco supino, l' urta e lo percuote all' interno come un cilindro metallico. Queste forme dolorose, lorchè inacerbiscano, ponno eccitare una vera neuralgia, che assume i caratteri per lo più della *lombo-addominale* ma talvolta ancor quelli della *intercostale* come io ho osservato in due casi. Siffatto fenomeno per essere valutato a dovere esigge l' accurata eliminazione della spinitide, del reumatismo vertebrale e della neuralgia surta per altre cagioni tra le quali debbe primeggiare la reumatica. Niuno è che non vegga qual fede si possa aggiustare al fenomeno quando si omettesse l' analisi accuratissima delle origini; come pure non si debbe andar dimentichi che nelle flogosi sierose

una neuralgia può pronunciarsi in punto ben differente da quello offeso; e quindi sorge la necessità di non contentarsi della sola esplorazione dell' area dolorosa. Se non che in somiglianti congiunture si avrà sempre modo a rischiarare la cosa per la valutazione di altri sintomi immanchevoli.

Del resto, noi non pretenderemo ovunque e sempre alla netta dimostrazione modale della flogosi; concederemo anzi possa questa abbuiarsi e soventi volte; certi però che alle ripetute indagini logicamente istituite e medicalmente condotte, alla fine e non raramente col volgere de' giorni rivelisi la vera condizione patologica. Aggiungeremo pure come la ricerca degli elementi causali i meglio capaci ad indurre cotale infiammazione, epperò le diatesi preesistenti nell' organismo, la notizia de'sofferti morbi, tra quali non debbono sfuggirci quelli che spieghino la tendenza loro speciale allo investimento delle membrane interne del cuore e dei vasi, possano francheggiare il medico troppo facilmente balenante fra le incertezze di una sottile diagnosi.

La infiammazione dell' aorta addominale isolatamente presa, avviene più rara di quello nol siano le superiori flogosi già descritte. E cotesto asserto si verifica, nella contemplazione del fatto flogistico anatomicamente tripartito, soprattutto per l' aortite esterna. Perocchè nella interna è avvenuto si osservasse il processo infiammativo invadente la inferiore distesa del vaso, e ciò che meglio colpisce, per origine traumatica.

Uno splendido esempio avveniva si osservasse testè dal Dottor Cesare Brunelli che noi qui riferiamo colle sue stesse parole.

« Entrava il 12 Marzo 1864 nello spedale della Con-

solazione proveniente da Corese certo Benedetti Annunzio di anni 54 campagnuolo, adusto della persona, forte di tempra, non mai malato gravemente per lo innanzi, soggetto però di tanto in tanto a febbri intermittenti. Questi aveva ricevuto in uno sfondamento di terra una zolla voluminosissima sulla regione addominale, la quale fu causa di una forte contusione della medesima con fondato sospetto di commozione de visceri sottostanti.

Nel 1.° giorno l' infermo era alquanto abbattuto, con polsi depressi, con senso d' indolimento al basso ventre, con calore più basso del naturale. La esterna superficie del corpo non presentava nulla di notevole nella parte contusa. Non potendo l' infermo orinare fu siringato, ma non riuscendo di entrare in vescica, furono fatte larghe fomentazioni dopo le quali emise alquanta orina sanguinolenta. Le fecce erano quasi normali nella qualità e quantità.

Il 2.° giorno non sembrava molto diverso il suo stato, se non che protuberando un poco la vescica al di sopra del pube, e non avendo d'altronde emessa più orina oltre quella poca del dì innanzi, siringato, e con buon esito, un' altra volta, la vescica fu vuotata quasi completamente.

3.° giorno. L'ammalato lamentasi di vaghi dolori al basso ventre, che si esacerbano al tatto; la sera havvi reazione febbrile, le urine emesse con la siringa a permanenza sono tuttora sanguinolente. Fu praticato un largo salasso dal braccio.

4.° giorno. Notasi un miglioramento, le urine si sono schiarite. Nella notte di questo giorno entrando il quinto il malato è assalito da forte febbre incoata con lungo, e intenso freddo, e terminata con profuso

sudore. Il sintoma predominante della febbre fu il sopore, cosicchè la vita dello infermo stette in forse durante un intera giornata. Al comparire del sudore, essendo già rimesso d' assai lo stato soporoso, fu amministrato il preparato di chinina. La provenienza dello infermo, le sofferte intermittenti, non che l' attuale forma morbosa abbastanza parlavano in favore della presa indicazione, nella quale perciò s' insistette per qualche giorno. Ne passarono infatti altri quattro senza che il malato presentasse alcuna cosa d'inquietante: e ciò, oltrechè veniva a giustificar viemmeglio l'amministrazione del chinaceo, ne tenea anche più tranquilli, e men circospetti forse di quello convenuto sarebbe. Tanto invero è della più stretta necessità nelle malattie lo spingere il più oltre possibile le nostre indagini, in ispecie nelle forme complicate, che noi dovemmo dolerci di non aver troppo seguito sin dai primordî del morbo di cui è qui parola, questo sano precetto della pratica. Tranquilli dunque siccome dicemmo dello aver rimossa la grave complicanza, non ci pareva meritare grande considerazione, duranti questi quattro giorni, un senso di mite dolore percepito dal Benedetti nel basso ventre allorchè lo si pigiava, un leggero moto febbrile del polso e un poco di smania, avvegnachè tutto ciò vestisse la forma la più mite e lusinghiera che dir si possa. Egli alle nostre interrogazioni altro non rispondeva se non che il dolore del basso ventre gli sembrava molto diminuito. Sentiva persino volontà di mangiare, al che fummo da esso varie volte sollecitati. Nella notte però del nono giorno quella smania, che prima era appena sensibile si fece gigante e il quadro tanto lusinghiero dei giorni antecedenti cangiossi nel più spaventevole, e

rio dello Spedale ad un più accurato esame dell'infermo, lungi da me la idea che tale aggravamento potesse attribuirsi alla ripetizione di un altro accesso pernicioso (avendo preso l' infermo dose sufficiente di preparato chinaceo) ben mi avvidi la forma morbosa presente accennare a gravi alterazioni di circolo. Difatti, ecco i sintomi che imponenti mostravansi nella mattina del 10.° giorno, e che mi fecero senza esitazione dichiarare per un' *aortite diffusa acutissima* con pericolo imminente di vita. La fisonomia dell' infermo era contratta, sofferente, i polsi esilissimi, bassa la temperatura del corpo, grande l' ambascia, frequente il respiro e quasi ortopnoico, il dolore alla regione ipogastrica era di molto aumentato, l'infermo diceva sentirsi abbruciare internamente, le urine fluivano chiare, e piuttosto abbondanti, le facoltà intellettuali erano intatte. Osservate le estremità inferiori, le trovai edematose; palpando forte sull'aorta addominale in tutta la sua lunghezza, essa trasaliva per enormi pulsazioni da mentire un aneurisma; ascoltati i battiti del cuore si percepivano tumultuanti, esagerati, irregolarissimi, un rumore diastolico che molto avvicinavasi ad un soffio, e il clac delle valvole erano ben distinti. Nello stremo di vita in che versava l'infermo, qual cosa al mondo poteva rimuoverne la fine inesorabile? Non per questo ci arrestammo dal prestare gli estremi soccorsi. Sull'istante femmo senapizzare largamente alcune regioni della cute, più tardi tentammo di aprir la vena; ma sangue non venne, recidemmo pure la pedidia, e sangue pure non ebbimo. Verso la metà della giornata Benedetti cessò di vivere, colla forma asfitico-sincopale la più legittima. Il caso ci sembrava abbastanza interessante per doverne fare accu-

rata autopsia cadaverica in presenza dei sostituti ed aggiunti dello Spedale, e del Prof. Guido Baccelli da me espressamente invitato.

La superficie esterna del cadavere nulla presentava di notevole, se si eccettui l'edema degli arti inferiori, ed una tinta leggermente lividastra della parte superiore delle cosce. Aperta la cavità dell' addome, si videro alcune traccie d'ecchimosi sul peritoneo parietale ipogastrico e su qualche ansa intestinale specialmente nelle parti che corrispondevano alla colonna vertebrale. Anche la porzione del peritoneo che riveste l'alto della vescica orinaria era ecchimosato. Niun segno di peritonite o di enterite. Un infiltramento sanguigno si osservava in tutta la tela cellulosa compresa nei due bacini, e in parte dell'addome. L'aorta in corrispondenza dell'angolo sacro-vertebrale cioè prima della sua biforcazione presentava allo esterno una decisa contusione, i *vasa vasorum* di tutta l'arteria erano molto iniettati. Aperta in tutta la sua lunghezza, essa fu trovata internamente di un color rosso carico nel punto contuso, il qual colore andava digradando superiormente sin presso le semilunari ed inferiormente oltre le arterie femorali in guisa da presentare in questi estremi punti un color di rosa. Nel lume della medesima contenevasi una concrezione fibrinosa a forma di fettuccia, la quale ne occupava quasi tutta la sua estensione ed introducevasi per entro alle diramazioni secondarie. Nell' interno de' ventricoli del cuore e specialmente nei bordi valvolari eranvi traccie manifeste di endocardite, e voluminose concrezioni polipiformi ne imbrigliavano le colonne carnee. L'arteria polmonale era quasi otturata da una di tali concrezioni molto lunga e soda. Esplorate con diligenza alcune di

esse, non ci si presentarono traccie manifeste di pus centrale. Sezionate le collaterali dell' arteria femorale profonda e superficiale, non ci venne dato di rinvenire alcun embolo otturatore, quantunque le masse muscolari degli adduttori interni dell' arto sinistro in specie fossero cangrenose. Del pus infiltrato nel cellulare intermuscolare aveva in alcuni punti tutte le apparenze dell' ascesso. La cava inferiore anch' essa appariva contusa nello stesso punto dell' aorta, e le sue pareti n' erano rosso-scure. Il sangue in essa contenuto era atro e fluente. Eranvi perciò segni pure di flebite della cava. I rimanenti visceri sì toracici che addominali non ci presentavano cosa d'innormale, allo infuori del fegato e della milza, che erano più voluminosi, e men consistenti dell'ordinario. Fu anche constatata la frattura della branca ascendente del pube. I reni erano intatti, e la vescica urinaria leggermente iperemizzata nel suo collo. » Il Dottor Brunelli prosiegue così:

« Poche considerazioni per dar termine alla presente istoria. Il traumatismo dell' aorta da causa contundente non è così ovvio in medicina da non meritare che si tenesse nota del caso attuale. Ognun vede difatti la difficoltà di raggiungere quest'arteria con un colpo qualsiasi, collocata com'è per una parte nell'imo addome, ove è protetta dalla colonna vertebrale posteriormente, e dalle anse intestinali più o meno distese, e dalle pareti del basso ventre allo innanzi; per l'altra nell'imo petto, ove la cassa toracica la protegge anche più validamente. Ma nel nostro caso oltrecchè la notevole magrezza del Benedetti faceva sì che l'aorta addominale restasse meno al coperto dalle offese esterne, havvi anche a notare la specialità della causa che ha prodotto la contu-

sione. Una quantità considerevole di terra molle, che cade sul basso ventre e forte lo comprime, deve per necessità portare l'azione nociva equabilmente su tutta la di lui superficie, adattandosi per così dire sovra di essa. In tal caso ognun vede come il peritoneo parietale, le intestina, e gli altri visceri del basso ventre potessero facilmente sfuggire l'offesa per la elasticità delle pareti posteriori della loro cavità contenente; ma non l'aorta, dietro cui la colonna vertebrale le presenta un punto tale di appoggio e di consistenza, specialmente nell'angolo sacro-vertebrale, da far concentrare su di essa tutto il pondo della caduta massa. Ecco la ragione della mancanza in questa malattia di que'sintomi che potevano riferirsi ad una flogosi acuta diffusa del peritoneo e delle intestina, che non trovammo che enchimosate, se non in corrispondenza soltanto della spina dorsale; ecco altresì la cagione delle traccie gravi di contusioni dell'aorta e della seguitane aortite diffusa gravissima. La forma della quale oltre allo incedere mite e latente per molti giorni venne anche complicata da un accesso grave di perniciosa, e ciò nocque assai alla legittimità della forma stessa, e ne fece scapitare il diagnostico. Quanto poi al rapido inacutirsi della malattia al 10° giorno in un coll'insorger manifesto dei sintomi obbiettivi cardiaci, e della forma asfitico-sincopale, tutto ciò altro non additava, dopo la stabilita diagnosi, se non che la flogosi aortica si fosse propagata per le cavità cardiache, ed avesse indotta già la formazione dei polipi, come infatti il negarsi del sangue all' apertura dei vasi ce lo aveva annunziato, e la sezione del cadavere bene ce lo addimostrò. Che si dirà ora della mancanza degli emboli migratori? Noi non possiamo escluderne onninamente la formazione in presen-

za della cangrena parziale dei muscoli della regione interna della coscia, nel nostro caso non ispiegabile altrimenti che per essi. Convien notare d'altra parte, che le piccole arterie di questi muscoli venivano così nel cangrenoso processo involute, da non poter essere di leggieri seguite.

Si può concludere dal fin quì detto che, la causa potissima della morte nel Benedetti sia stata la flogosi diffusa dell'aorta colle sue inevitabili conseguenze; che la flebite della cava possa avervi contribuito in parte, specialmente se si consideri l' accesso febbrile pernicioso qual segno d'un attacco infettivo purulento del sangue, anzichè una vera intermittente. L' osservazione microscopica del sangue però non essendosi fatta, ragionevole sarà sempre il dubbio sulla vera natura di quella febbre ».

Riprendiamo la nostra analisi.

L'aortite *esterna addominale* ha nel dolore un carattere che non può rinvenirsi in genere nelle forme anzidette. Tiene questo all'accessibilità che offre il vaso alla mano esploratrice, ond'è che sotto un abile pigiamento inacerbisca. Tutti sanno come possa esplorarsi l'aorta, perchè non ci sia mestieri farne parola. Inoltre, la flogosi che investe esternamente la grande arteria nel suo decorso lungo il basso ventre, è meno capace d' imporre al medico per altre infermità; anche per quello che si adagi il gran tronco sopra una sola linea centrale. Non debbe tacersi però che siccome il più delle volte la infiammazione sia contemporanea sull'intimo velamento, le possibili diffusioni di essa pe'tralci che sen dipartono, congiunte alla vitalità lesa de'nervi scorrenti le tonache tutte; possa addurre fenomeni capaci ad irretire la prontezza diagnostica.

Sbucata l'aorta nel cavo addominale può riferire, se vitalmente lesa, molestie simpatiche allo stomaco ed a visceri ipocondriaci, al pancreas, a'reni, al rigonfiamento lombare della spina, a'muscoli sacro-lombari. Quindi a sceverarsi nel caso le affezioni lente del ventricolo da potersi scambiare per essa, in ispecie se abbiavi induramento del versante posteriore del viscere membranoso; ed a tener conto de' sintomi qualificativi una malattia del fegato del pancreas, del duodeno, del rene ec.

Difatti non che la flogosi aortica, ma lo stesso aneurisma fusiforme, può circondarsi di folte dubbiezze per ciò solo che i visceri anzidetti, non che le intestina e i mesenteri, possano talune volte presentarsi con siffatti fenomeni da richiamar l' attenzione ben lungi dal centro delle sofferenze. Della qual cosa ci hanno parlato insigni scrittori e con linguaggio siffatto da ritenere in talune congiunture ineffettuabile la diagnosi differenziale. Così: ritornando all'aortite è mestieri che noi confessiamo apertamente di aver subìto inganni nello apporci, e stimiamo opportunissimo ricordarne due. Riferivasi il primo ad un mutolo dalla nascita, che veniva tradotto all'Arciospedale di S. Spirito colle più chiare sofferenze epatiche. Itterico e non tollerante la palpazione gastro-epatica, incapace di esprimer quanto poteva riferirsi ai sintomi subiettivi, credemmo essere nella verità diagnostica, giudicando lo scuotimento addominale, ed il rumore di soffio, e le irregolarità di circolo prodotte in lui dall'aorta compressa per la massa esorbitante del fegato; poichè aggiustavamo la fede ad una lenta epatite con epatomegalia. L'infelice morì, e perlustrando il cadavere trovammo l'aorta fin dal suo passaggio nella cavità addominale esternamente infiammata. Per circa otto dita

trasverse ci offrì quest'arteria un colore rosso-scuro nell'interno suo lume che palesavasi pure rigonfio, e quì e quà screziato di placche con avanzato processo ateromatoso. L'arteria celiaca, alquanto sforzata della sua capacità, tingevasi pure all' interno di eguale coloramento. L'arteria epatica, sola delle tre propagini delle celiaca, presentava eguali caratteri con iniezioni esteriori vivacissime, e pseudoplasmi, e tinta interna rosso-atra, e capacità aumentata. Il fegato ci comparve in vista esagerato il suo volume, ma rammollito la massa e co' distinti caratteri della Mirysticatio hepatis. L'altro caso ci avvenne in una giovane donna nell' Ospedale di S. Giovanni in Laterano. Questa presentando molti de' fenomeni riferibili ad un' aortite addominale, e niuno che avesse potuto indurre il sospetto di una lenta psoite; cloro-anemica, epperò co'soffi cardiaco-vasali; ci fè provare un disinganno, quando inciso il cadavere scorgemmo la centrale suppurazione del muscolo.

Anzichè sconfortarci di coteste illusioni, traemmo partito a studiare con accuratezza migliore le sembianze cliniche della flogosi aortica. Irto di cento difficoltà, e gravi tutte, può riuscire il cammino; ma ci confidiamo che gl' inganni stessi torneranno utili a spargere luce sulla diagnosi differenziale. Nello stato delle nostre cognizioni sù questo proposito, non possiamo che insinuare la cautela massima de' giudizî, e riassumere in questa guisa le idee. Le profonde malattie addominali sono tutte assai ardue a stabilirsi. L'aortite è tra queste. Molte sono le infermità che potrebbero abbuiarla. La eliminazione loro, generalmente parlando, torna a stabilirsi esattamente difficile. Ma il fatto dell'aortite addominale esiste: le guide dirette possono dirsi ovvie: è l' analisi

critica però che debbe sagaccmente farsi, e che quanto sarà più abilmente condotta, tanto ci scorgerà meglio allo scopo. Lo che torna lo stesso che passare in rassegna e relativamente studiare tutte quelle affezioni colle quali potrebbe confondersi la malattia.

Le guide dirette si riducono a queste.

1.° La palpitazione addominale.

2.° Il dolore sotto la pressione sicuramente eseguita sù l'aorta.

3.° La trasmissione de'battiti nella regione dorsale.

4.° La irregolarità del circolo, ravvisata sulla grande arteria e sulle propagini eccentriche.

5.° La esistenza d'un soffio localizzato.

6.° La cognizione delle cause che poterono generare la flogosi.

Non havvi circostanza più facile in cui un soffio possa destarsi a talento, di quella che s'incontra esplorando l'aorta, di che dovremo essere istrutti. Per converso, i riflessi morbosi lanciati sul rene, sul fegato, sul pancreas, sulla spina, sù i muscoli ec. hanno ben altro valore di quello che attiensi ad una idiopatia. Osserviamolo con un esempio.

Una Signora, sposa di chiaro Giureconsulto Romano, madre di due figliuoli, cresciuta nella usanza dannosissima dell'imbusto soverchiamente ristretto, cominciò a risentire molestie tra le basse regioni ipocondriache. Nel più bello del conversare in società, ed a quando a quando tra giorno era costretta a ritirarsi in disparte per vomitare abbondante umor salivale. Esploratala, rinvenimmo che ella era maravigliosamente sottile ne'fianchi e stretta nel perimetro addominale superiore. Narronne essa stessa la trista usanza della sua prima età, e di-

mandava un soccorso contro quel vomito protervo, e sempre eguale di saliva che affliggevala da moltissimo tempo. L'aorta pulsava con energia. Null' altro sintoma rivelavasi intorno a questo vaso. Conoscemmo come coteste impulsioni avrebbero potuto mantener viva una congestione pancreatica, dacchè l' abbondante flusso, a quando a quando reietto.

Movemmo da doppia veduta terapeutica, intesa la prima a temperare la trasmodanza aortica, la seconda a neutralizzare gli effetti dell' abbondante separazione alcalina. Diminuì dapprima, e scomparve finalmente l'ingrato fenomeno, che di tanto l'avea travagliata.

La palpitazione aortica onde avviene il sollevamento delle pareti addominali, egregiamente visibile in mille casi, e quando si faccia sospendere il respiro, è fenomeno cui debbe adattarsi una fede assai circospetta. Innumerevoli difatti possono risultarne cagioni, e molte di esse transitorie. Occupatici di ciò in una vasta sfera di osservazioni, appunto perchè nello esordio degli studî nostri lasciavamo imporci di troppo da cotesto fenomeno, ebbimo a concludere; la palpitazione addominale visibile a nud'occhio, doversi ritenere nella maggiore de'casi come un invito semplice ad esplorare le condizioni del vaso.

L' aorta poderosissima nella sua diastole può trasmettere l' urto insino all' esterne pareti, ogni volta che trovisi compressa od oppressa da qualche massa rilevante. Cotesto avvenimento è assai più ovvio di quello che a tutte prime non credasi. I visceri ipocondriaci così facilmente esorbitanti, tengono il primo luogo; sebbene essi si adagino quinci e quindi dalla colonna vertebrale. Difatti il grandeggiar ch' essi fanno è a spese del-

l' area normalmente occupata dallo stomaco e dalle intestina, quindi l' aumento eziandio della pressione verticale. Ristretto allora lo spazio, debbe avvenirne qual' effetto immediato il risentirsi della grande arteria, e di là il trasmettere visibile de' suoi battiti. E questo se i visceri eccedano nel diametro longitudinale soltanto. Che se poi avvenga s' inoltrino tanto da toccarsi a vicenda e fegato e milza, allora più poderose sono le cause che risvegliano la esistenza di questo fenomeno. Or bene quante volte non ci è dato avvisare col mezzo della percussione cosiffatto avanzamento de' visceri ipocondriaci? Compresso allora lo stomaco ed impedito eziandio nel suo meccanismo digestivo, sopraggiunge anch'esso come notevole contingente di compressione. Le masse chimacee ivi rattenute più a lungo, i gas che si sprigionano assai più di leggieri delle azioni chimiche protratte, la tensione risultante da' medesimi, producono costantemente lo effetto di che noi ragioniamo. Nè basta, poichè quivi è forza lo aggiungere eziandio un impedimento idraulico al circolo sanguigno sospinto per la celiaca, il cui tronco si leva dall' aorta ad angolo retto. Ed avvegnachè sia la più corta delle arterie che si spiccano dell' aorta ventrale, pure lo impianto della medesima, e le relazioni di lei spiegano assai facilmente lo scuotersi epigastrico quando i suoi rami non abbiano tutta la libertà nel funzionamento. Perciocchè sia immanchevole una reazione agli ostacoli od un aumento di forza per sopraffare le difficoltà del circolo che tornano a stabilire per entro all' alveo centrale una vera pletora in rapporto alla capacità vascolare.

Il colon co' suoi ingombri, nella sua porzione trasversa, opera similmente. Similmente può influire il

grande omento ridondante di adipe, e le stesse pareti addominali rese troppo crasse e prementi sui visceri contenuti. Le raccolte intestinali tutte, in ispecie quelle che occupano le porzioni enteriche in attinenza colla grande arteria, e che fanno peso sù lei, massime nella giacitura supina degl' individui. Del pari l' utero crescente da qualsivoglia contenuto, una cisti ovarica ec.

In un motto; qualunque compressione verticale o laterale che subisca per fatto di visceri o di raccolte entro l' addome, meno che l' ascite eccedente, per la tensione uniforme che opera contro tutti i diametri parieto-cavitarî, vale a riscuotere ne' singoli individui una pulsazione visibile nella loro giacitura supina.

Ma oltre tutte queste, che potremmo dire ragioni meccanico-vitali, vale una serie di cause neurospasmodiche a produrre le vibrazioni ed anche i soprassalti aortici nel ventre. Nella isteriasi e nella ipocondriasi non havvi forse una storia disgiunta da cotesto fenomeno. Noi abbiam veduto spesse fiate motivarsi il fatto di cui è parola da litiasi renale ; l' abbiamo veduto dall' abuso di talune bevande come del caffè e della birra, ed in un signore inglese dallo eccessivo uso di thè. L'abbiamo veduto negli smodati fumatori, e più particolarmente in quelli ch' erano usi a trangugiar la saliva pregna di tabacco. Ma senza più spingere questa disamina, che già parci abbastanza ubertosa, crediamo che tutti ne trarranno argomento di cautela grandissima nel giudicare. È spesso accaduto che la palpitazione aortica la più violenta siasi scorta fugacissima e recidivante con più o meno d'intensità per quindi dileguare novellamente a un tratto.

Parlando del dolore sotto la compressione abbiamo

aggiunto « sicuramente eseguita sù l'aorta » Difatti nelle eccedenze epatiche, acquistano gl'infermi cotale sensibilità da non permettere, non che la pressione, neanche il menomo tocco sulla regione epato-gastrica. Or bene, quantunque il palpamento si faccia talvolta sù que' punti esteriori che vengono denotati dalla percussione scevri d' immediata attenenza enchimatosa; pure può risultarne che obbligati i tessuti suddetti ad un moto rientrante, soffrano per la sensibilità ed enormezza loro que' visceri che occupano aree superiori. Come ciò possa avvenire, riteniamo sia lucidissimo a tutti. Qui dunque ne occorrerà ben distinguere molestia da molestia, e ciò si otterrebbe senza fallo, solo che si avessero sempre dinanzi agli occhi e la medica anatomia topografica e le relazioni funzionali, per distinguere nel caso concreto cui si debba riferire la penosa sensazione accusata dagl' infermi.

Allo incontro dove le pareti addominali non siano eccedenti, nè tese ed ingombre le intestina, può giungersi sulla regione ombellicale a mettere l' aorta fra le due dita. Ciò fatto, è impossibile confondere con altro il dolore che ne risulterebbe. Nè occorre dire a' medici, che talora c' incontriamo in que' casi ove la esplorazione impossibile oggi, siasi resa possibile lo indimani per opportuno consiglio terapeutico. Ed era a tutto questo che noi riferivamo le sopradette parole della fugacità del fenomeno che talora s' incontra. Perocchè di palpitazioni aortiche noi abbiamo veduto vanirne talune dopo un purgante, altre dopo un sanguisugio emorroidale; quale, smessa una pratica che riusciva a soverchio stimolo; e potrem dire anche di più: non abbiamo rinvenuto sullo stesso individuo a stomaco vuoto quello che

avvisammo a stomaco pieno di cibi, tacendo quì se bastavano i cibi soli a ridestare il palpito per l'aorta compressa, o pendeva il fenomeno da qualche specialità di vitto più di stimolo che di ristoro. La origine de' nervi vaso-motori e la influenza del trisplancico sui vari pezzi anatomici dell' apparecchio di nutrizione, spargono una luce vivissima sù questi fatti.

La esclusione degli aneurismi, ognun vede di per se che vale quanto una prova negativa. Quì diremo che per l' aorta addominale se non è facile eliminare col tatto il caso della esistenza loro nel punto in cui la grande arteria si francheggia del diaframma, riesce però agevolissimo in opportune condizioni di analisi, sceverarlo sulla regione ombellicale.

Quando fosse ottenuta anche l' anzidetta prova negativa, sarebbe facile accorgersi di quale alto valore confortinsi dopo rigida analisi, i notati criterî diagnostici. Così rimarrà provato, che dal complesso de'sintomi accettati con critica, si avrà la diagnosi dell' aortite addominale.

A tutta la fin quì notata congerie sintomatica, si può francamente aggiungere qualche altro fenomeno che sebbene trasandato, pure appartiene alla serie di quelli che hanno un medio valore.

Il lampo o frizzo doloroso lunghesso il decorrere dell'aorta, e le neuralgie consensuali: il palpito molesto lungo l'asse del corpo, avvertito in punti varî sulla totale distesa della grande arteria: il senso di pienezza di oppressione, co'sintomi relativi a visceri circostanti alla scaturigine di questa molestia. Il movimento involontario di una regione o del corpo intiero, che si compone di una scossa ondeggiante visibile a nud'occhio e riferi-

bile unicamente ad una valida compulsione aortica, se non avvertita abitualmente dal soggetto, non certo sfuggevole ad un atto di coscienza riflessa. Le sensazioni multiple subiettive di urti, di colpi quì e quà per entro a'visceri ed organi, sono altrettanti fenomeni che possono a volta loro lumeggiar la diagnosi di cui è discorso.

Sintesi diagnostica dell' aortite.

§ V. Dopo siffatta esposizione di sintomi e di riflessione relative, entrando nella diagnosi generica dell'aortite, ci è d'uopo anzi tutto segnalare alcuni tra fenomeni, che sebbene a prima fronte non sembrino strettamente legarsi all'aortite, pure e la sperienza altrui e la osservazione nostra ce li fanno ritenere di massimo valore. Questi sono

1.° Lipotimie e forma stenocardica (aortite sottosternale).

2.° Tosse soffocativa inane vibrante ed esacerbante per accessi (aortite toracica posteriore).

3.° Edemi dell' estremità inferiori e rapidità loro (aortite toracica posteriore e addominale).

4.° Tendenza all' emorragie e, se così vogliasi, diatesi emorragica (Aortite diffusa).

Il pregio de' quali acquisterà sempre meglio al fine diagnostico che restino nel fatto eliminate le più solenni cagioni atte a produrli, di cui è facile la conoscenza pratica.

Dopo questi debbono aver luogo tutti que'fenomeni che vedemmo nell' analisi fatta erompere immediatamente dalle descritte condizioni fisiopatologiche della grande arteria, cui spetta il valore di *univoci*.

A codesti validissimi per la diagnosi debbono aggiungersi i seguenti gruppi.

1.° Molestie locali.
2.° Disordini di funzioni.
3.° Consensi morbosi immediati.
4.° Consensi remoti.
5.° Rilievo delle cause.

§ VI. Dal già esposto dottrinale anatomo-patologico, gli esiti dell'aortite risultano evidentemente chiari. Della esterna, le aderenze più o meno dannose allo esercizio del circolo e capaci ad aggravare le molestie de'pazienti, se lo accollamento avvenisse di tal guisa da esercitare un crescente gravame sull'aorta. Oltre ciò, la usura de' tessuti esterni addotta da un' ulcera, varrà sempre a indebolire la resistenza elastica o contrattilità che appartiene all' arteria, e che non può cessare un istante dallo agire sulla colonna del sangue in circolazione. Potrebbero quindi avvenire que'tumori aortici ampollari che rapidamente e silenziosamente formatisi su varie grandezze, si riempiono assai di leggeri con i coaguli stratificati di fibrina, per ciò che ne avvenga l'ernia della tonaca media e la inchinazione con essa della interna ? A questo modo di spiegare simile aneurisma, molti potrebbero per avventura opporre presunzioni diverse, che non ci daremmo molta pena di commentare quì ; tanto più che di tali malattie dovremo tenerne poi assai lungo proposito. Però non dissimuliamo che questa sia la spiegazione più probabile di cotale specie tumori globosi comunicanti coll'arteria per un pertugio assai piccolo, relativamente al diametro loro maggiore. Di essi fece special menzione Corvisart, soggiungendo peraltro, come la formazione loro fosse per lui misteriosa. Gli attacchi flogistici della tonaca media inducendo il processo ateromatoso, inteso per qualsivoglia guisa nella sua composi- Esito dell'aortite.

zione, induce iatture organiche irreparabli. Quindi oltrechè perderebbe il vaso le sue forze fisiologiche, verrebbe eziandio disposto agli arteroliti ed a tutte le conseguenze che ne derivano vuoi sulla distesa delle sue tonache, vuoi sui rapporti del circolo.

L' aortite interna debbe considerarsi negli esiti come capace a produrre infezioni se ulcerosa, ed embolie per i distacchi degli essudati che ponno aver luogo dal fondo dell' ulcere; non che debbono quivi anche riscuotere la considerazione dell' anatomo-patologo e del clinico le produzioni polipiformi. Da ciò la proporzionale obliterazione del lume. Duncan presentò all' accademia medico-chirurgica di Edimburgo un caso di simil fatta, e noi nello esercizio di medico assistente nell' ospedale di s. Giovanni in Laterano ne rinvenimmo un esempio sopra il cadavere di una vecchia, che durante la vita non ispirò di cotesto fatto morboso il menomo sospetto a'curanti. Questa donna settuagenaria su cui presentossi la cangrena degli arti inferiori, ne addimostrò la causa in un grosso nucleo fibrinoso denso e rubostissimo che chiudeva quasi esattamente l' aorta laddove hanno il nascimento loro le iliache primitive.

Senza preoccuparci grandemente della diagnosi degli esiti, perchè questa in gran parte sia stata da noi tracciata scrivendo la endocardite, e ci tornerà a proposito quando ragioneremo degli aneurismi aortici; soffermiamoci un solo istante a considerare il fatto del coagulo endoaortico. Quando avvenga siffatto disastro dall' arte irreparabile, noi teniamo fermissimo che abbianvi guise onde riconoscerlo durante la vita. Difatti lasciate pure da banda le presunzioni tutte anche più razionali, i tralci arteriosi che trovansi sotto l' ostacolo esplorati

con accuratezza debbono renderci istrutti della esistenza di una causa che osta al circolo normale. E quì, o il circolo è completamente, o parzialmente abolito. Nel primo caso niuno è che non vegga doverne seguire l'assoluta mancanza delle pulsazioni. Nel secondo, lo stentato passaggio debbe dar luogo a que' sintomi che si verificherebbero nel cuore istesso in quanto a disordine ritmico e presenza di rumori: allora esclusa la esistenza di una compressione esterna sul vaso maggiore, e quella di un aneurisma, la diagnosi potrebb' esser palese.

§ VII. Il materiale clinico che ragunammo, ci scorge pure alle ovvie partizioni dell' aortite. Queste possono venir formulate sotto il consueto punto di vista delle differenze *anatomiche, patologiche* e *cliniche*. **Divisione dell' aortite.**

Per la prima i rubori, i rammollimenti, i rigonfiamenti, le ulceri, gli ateromi, le iniezioni de' vasi, gli essudati, gl' infiltramenti de' materiali flogistici ec., e dal posto di tali lesioni, l'aortite esterna, la interna e la parenchimatosa.

Per la seconda, le varietà causali che si compenetrano con quelle già descritte della endocardite; epperò la reumatica, l'artritica, la podagrica, la esantematica acuta e cronica, la sifilitica, la tifoidea e la mera flogistica.

Dalla origine. Può essere primaria o secondaria.

Dalla indole. Gravissima, grave; occulta, manifesta; semplice, complicata.

Dal corso. Può svolgersi con andamento acuto e lento.

Dalle complicazioni. Coesiste l' aortite a volte colla endocardite, la bronchite, la iperemite, l'artrite, il reu-

matismo, la podagra, la sifilide, l'erpete, gli esantemi febbrili, il tifo, le aortopatie organiche ec.

Le differenze cliniche si appoggiano a questa ultima divisione, la quale si riflette alla lucentezza de' sintomi od all' ambiguità de' medesimi.

Dilucidazioni di alcuni momenti etiologici dell' aortite.

§ VIII. Lo studio delle cause rende ragione perchè il più di spesso la flogosi dell' aorta volga a rilento; come la necessaria avvertenza de' grandi e numerosissimi rapporti di circolo, spiegane il perchè possa taluna volta confondersi con altre sofferenze. Richiamiamo quì le nostre annotazioni sull'erpetismo, e sù tutte in un motto le cause irritativo-diatesiche le quali corrivate nel sangue, possono per primo effetto generare le flogosi lente del cuore e de' vasi pe'quali il sangue trascorre.

Una giovane signora, Maria A. soffriva da ben lungo tempo di un'atroce colica di stomaco, ribelle a tutti i soccorsi che molti distinti medici della capitale le aveano prodigati. Cessatone il parossismo, consistevano i fastidì residui in una molesta impulsione che sentiva la paziente nella parte media e più profonda del ventre, cui succedeva una tensione ipocondriaca, la quale davale noie insopportabili. L' aorta ventrale pulsava violentissima, la serie delle diastoli apprendeasi a quando a quando irregolare, siccome risultava pure dalla ispezione delle arterie crurali. Cotesta irregolarità non avea riscontro alcuno sù le arterie del raggio a dritta o a manca che si esplorassero. Le impulsioni aortiche erano chiaramente sensibili anche a' lati della spina scorrente la cavità addominale. Esplorata nei dintorni dell' ombellico, dopo aver premesso tutte le cautele a rendere più fruttuosa la indagine, rilevavasi all' ascoltazione praticata con accuratezza e senza premere il vaso, un

soffio distinto. Cotesta signora non aveva sulla esterna superficie del corpo indizio veruno di efflorescenza erpetica; presentava bensì nelle fauci una miriade granulare estesa a tutto il palato molle; e nel fondo al di dietro de' pilastri e tutto intorno all' uvola e sù la mucosa sovrapposta al piano vertebrale, oltre le granulazioni, scorgeansi vasellini stipati di sangue, taluno dilatato a coroncina e minacciante rottura. Un denso strato di muco copriva quà e là per isolette distinte il corpo mucoso, che dietro ripetuti gargarismi appariva al di sotto abraso dell' epitelio. Nella stagione invernale, antacidi, rivulsivi ed etiope minerale congiunto alla belladonna ne costituirono la cura da noi progettata. Al sorgere della passata primavera, un metodo anti-erpetico così come noi l'abbiamo divisato dietro i nostri lunghi studî sù cotesto principio, di cui già dicemmo la enorme diffussione in Roma. Nella state le terme solfuree di Stigliano portarono all' universa cute una eruzione vescicolare pruriginosa con tutti i caratteri anatomici incoativi e desinenti dell' erpete. Dopo ciò smise l' aorta da' suoi colpi, cessò la tensione ipocondriaca, sparve la colica di stomaco, e fu così da un fatto luminoso comprovata la diagnosi di un endogastrite ed endo-aortite addominale lenta.

Come la diatesi erpetica, e così le altre che si stabiliscono sopra una cacoemia possono a volta loro localizzarsi sulla grande arteria siccome quiddità irritativo-flogistiche. Niuno metterà in forse la eguale potenza sulla diatesi reumatica, artritica e podagrica, onde le prove sarebbero assai più comuni ed abbondanti.

Facendi Pasquale entrava in S. Spirito il 5 Luglio 1855. Robusto di tempra, nella pienezza della età

virile (50 anni) era più volte andato soggetto ad attacchi reumatismali. Alla prima visita ne offrì i sintomi che seguono. Turgido il volto, l'occhio splendente, visibili le pulsazioni delle arterie del collo. Affannoso in vista, narravaci essere stato più volte colpito dall'asma. Esplorato nel petto incontraronsi de rantoli vibranti specialmente alla parte superiore e media della regione dorsale a dritta e a manca. I polmoni davano alla percussione un suono esagerato. Il cuore funzionava con urto metallico. I suoni erano ricisi ed armonici. La testa dell' ascoltatore e lo stetoscopio applicato alla regione cardiaca, sollevavansi visibilmente ad ogni diastole ventricolare. Sotto lo sterno pulsava l'aorta gagliardamente, rendendo sensibile l'impulso alla mano applicata nella parte superiore e media di quell'osso; all'orecchio un soffio marcato. Lungo la parete dorsale avvertivansi ovunque i battiti dell' aorta, ed in posizione retta pareane riscosso il tronco intero dell' individuo. Co' giorni si videro degli accessi di asma-cardiaco, indi a ripetersi frequentissimi; misurata l' area del cuore eccedeva ne' diametri circa un pollice e mezzo. Pulsava lo epigastrio, pulsava l'ombelico e smodatamente il sistema arterioso eccentrico del lato destro. Sotto lo sterno a quando a quando rendeasi sensibile un soprassalto aortico che pure scontravasi lungo la sinistra linea della colonna vertebrale. I suoni dell' aorta erano netti ed armonici; un soffio rendeasi palese anche posteriormente, esplorando il vaso all' altezza delle vertebre lombari. Questo soffio non era da per tutto eguale; dove più, dove meno ascoltavasi addivenire alquanto aspro. Le arterie radiali erano metalliche, ma nel ritmo regolari. Aveva a quando a quando dell' epistassi, e dei trasudamenti

emorroidali, che facevansi copiosi talvolta, come l'infermo si recasse alla seggetta. La diagnosi venne formulata così « Cuor bovino, ipertrofia bilaterale eccentrica dei ventricoli, aortite diffusa, placche ateromatose lungo il vase ». Dopo 16 giorni che dimorò all' Ospedale, sopraffatto di un accesso asmatico morì, presentando allo scorcio una forma sincopale-apoplettica. Inciso il cadavere si rinvenne.

Congestione massima meningo-cerebrale, siero-sanguigno ne' ventricoli.

Il cuore nettamente identico alla diagnosi: l'aorta per tratti arrossata intensamente, rigonfia nell' interno velamento, con placche ateromatose e chiazze bianco-giallastre innumerevoli tra la media tonaca e la interna. Fedeli al nostro programma, lasceremo di riferire altre istorie di aortite, le quali appartengono a' soggetti tocchi delle sunnotate diatesi. Avvertiamo peraltro che nella scarsezza del materiale clinico relativo all'aortite ponno trovarsi, rovistando sù le opere, degli esempî chiarissimi che provano alla evidenza lo ingenerarsi di cotesta malattia per l'accennata etiogenesi. È da leggersi con molto profitto la prima istoria narrata nell' appendice all' opera del Testa nel capitolo relativo.

Succede la diatesi sifilitica. Anch' essa può attingere i centri della circolazione, irritarli, infiammarli e lasciarvi le impronte de' suoi noti processi.

Dopo acerbi dolori osteocopi, onde fu travagliato Flammini Filippo, gravissima sensazione dolorosa rimasegli dai lombi al coccige. Questa sebbene accennasse ad esacerbazioni notturne e mattutine remissioni, purtuttavolta rimaneva protervamente molesta anche nel pieno giorno, da paragonarla, siccome esprimeasi lo infermo, ad

un senso di lacerazione ed ustione, tutto lungo l'arca descritta; e poichè le orine fluissero torbidissime e tinte alcune volte di sangue, tutta l'attenzione fu volta al rene. Trovossi difatti il sinistro nel volume eccedente, e doloroso sotto la percussione e la pressione. Venne a morte lo infermo. La sezione del cadavere dimostrò il rene destro di assai rimpiccolito; eccedente il sinistro. Circa la medietà del destro uretere un' ulcera callosa che dimostravasi all' esterno come un nodo, ed all'interno come una ostruzione del canale, prodotta dai bordi rilevatissimi di quella. Il parenchima renale ipertrofico in vista, la mucosa dalla pelvi al punto dell'ulcera rigonfia, tortuosa, infiammata. [1] Traccie d' idro-nefrosi. L'aorta allo esterno per circa tre pollici, sopra e sotto la origine delle emulgenti, ispessita, iniettata, ulcerosa. Il sistema osseo mostrava le profonde impressioni della peri-osteite sifilitica. Di cotesto infermo si avvisarono negli ultimi giorni le inferiori estremità agghiacciate. Quale fenomeno a prima vista poco esplicabile, si trovò dipendente da un polipo organato, aderente all'interno lume dell' aorta che trabucavasi con sottili propagini nelle iliache. Esso però non ostruiva compiutamente la grande arteria. Libero il polmone. Il cuore alcun che aggrandito. Orificî e valvole normali. L'aorta toracica immune. Tal fatto ci parve eloquentissimo.

Pronostico dell' aortite.

§ IX. L'aortite è sempre come accennammo una malattia grave, può anche uccidere di subito, siccome allorquando la infiammazione ne adduca la spaventevole forma dell'angina del petto. Corrigan, già sopra citato ha un articolo rilevante avvalorato da otto istorie, non tut-

[1] Sebbene non accordinsi con questo trovato talune dottrine sifiliografiche, purtuttavia ritengo i fatti debbano avere il di sopra alle parole.

te sue raccolte sullo interessante argomento. Noi stessi ne riferimmo un caso. Quando l'aortite svolgasi acuta, la morte può essere effetto di flogosi centrale ed eccentrica per diffusione arteriosa. Quando sia cronica, sebbene più a lungo tempo, purtuttavolta non cessa di minare lentamente la vita alterando l' alveo maggiore del sangue arterioso. A cotanta gravezza può ben ripararsi, sebbene non sempre, con idonea terapia, siccome or ora accenneremo.

§ X. Molte essendo le cagioni atte a provocare la aortite, non potrebbe darsi la unità della cura. Le forme lente e diatesiche si giovano dei metodi intesi contro la causa effettrice. Avendo noi considerato quale possa emergere serie di sintomi legati all' aortite com' effetti a cagione, non possiamo misconoscere la pratica razionale, valevole a moderarli o vincerli. Stanno in genere i salassi generali, i sanguisugi, gli antiplastici, e gli antispasmodici, i temperanti o sedativi del sistema circolatorio, i revulsivi ec. Cura dell' aortite.

Quando sia sceverato il caso della forma acuta dalla cronica, può a questa aggiustarsi una terapia rispondente al grado ed alla entità de'fenomeni morbosi.

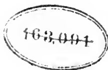
Nella forma lenta, che è per lo più diatesica, debbesi quasi totalmente proscrivere la flebotomia, ammesso peraltro il sanguisugio e la cura diretta contro il principio etiopatico, in ispecie la eccentrizzante.

Istituito così un acconcio metodo terapeutico, può rimettere l'aortite della sua gravezza, può anche disparire lasciando o no tracce profonde sul vase, che col volger del tempo lo dispongono a lesioni secondarie, talune fiate imponentissime.

E quì potrebbesi tornare al quesito. Quali avranno a considerarsi veracemente relitti di flogosi, e quali no? Ma già noi dal bel principio notammo una distinzione causale assai rimarchevole a farsi circa talune contingenze patologiche in apparenza simili, perchè quivi non sia mestieri ripeterle.

FINE DEL PRIMO VOLUME





INDICE



IMPRIMATUR

Fr. Hieronymus Gigli Ord. Praed. S. P. A. Magister.

NIHIL OBSTAT

Doct. Andreas Equ. Belli Revis. Dep.

